

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

PARIS VII

Année 1971

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

par

LEBOUC Catherine
née le 8 Juin 1941 à Paris

Interne des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

19

LE ROLE INSTITUTIONNEL
D'UNE ÉQUIPE PSYCHIATRIQUE AU SEIN
D'UN SERVICE DE RÉANIMATION RECEVANT
DES INTOXICATIONS AIGUES VOLONTAIRES

Président : Monsieur Michel GAULTIER, Professeur.

Au Professeur Michel GAULTIER

Professeur de Clinique Toxicologique à la Faculté de
Médecine de Paris.

Médecins des Hôpitaux.

dans le service de qui j'ai pu faire cette
thèse, et qui m'a fait l'honneur d'en accepter
la Présidence.

En témoignage respectueux de ma reconnaissance
pour la grande bienveillance qu'il a toujours
montrée à mon égard.



Au Docteur Jean-Pierre SOUBRIER

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de L'Infirmierie Psychiatrique.

qui m'a inspiré le sujet de cette Thèse
et dont les conseils me furent très
précieux tout au long de sa réalisation.

En expression de mon amitié reconnaissante
pour l'enseignement qu'il m'a apporté.

Au Docteur Pierre MALE

Ancien Chef de Clinique Neuro Psychiâtrique à la
Faculté de Médecine de Paris.

Médecin à l'Hôpital Henri ROUSSELLE.

Qu'il me permette de lui exprimer ici
ma respectueuse affection, en remerciement
pour l'inestimable enseignement que j'ai
reçu dans son service.

Au Professeur Clément LAUNAY

Médecin des Hôpitaux.

En remerciement de l'accueil chaleureux
qu'il m'a fait dans son service lors de
mon externat puis internat.

En témoignage de mon respectueux et
profond attachement.

Au Docteur Gabriel DESHAIES

Médecin des Hôpitaux Psychiâtriques

qui a guidé avec bienveillance mes
début's d'interne.

Un témoignage de ma respectueuse
reconnaissance.

A Madame le Docteur C. BISMUTH

A Mademoiselle le Docteur F. PEBAY - PEROULA

Au Docteur J.P. FREJAVILLE

Ainsi qu'au Docteur B. CHRISTOFOROV

Chefs de clinique-Assistant à la Faculté de Médecine
de PARIS.

En les remerciant de la sympathie
qu'ils m'ont toujours témoignée au
Centre de Réanimation de Fernand-WIDAL.

Madame DUPHY

A tout le personnel soignant.

En les remerciant de leur précieuse et
amicale collaboration.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Externat : Pr Claude OLIVIER

Pr Jean FACQUET

Pr Claude BETOURNE

Pr Jean NICK

Pr Gilbert DREYFUS

Pr Maurice LAMY

Pr Léon MICHAUX et Pr Didier Jacques DUCHE

Pr Clément LAUNAY

Dr Pierre MALE et Dr Pierre BOURDIER

Pr Jean DELAY

Internat : Dr Gabriel DESHAIES

Pr Michel GAULTIER

Pr Clément LAUNAY

PLAN

INTRODUCTION

Position générale du problème - importance actuelle

Suicidologie.

AVANT-PROPOS

But de ce travail

DESCRIPTION DU SERVICE

A - Réanimation)
) description des lieux.
Post-Comas)

C - Chiffres 1969 pour situer l'activité de
Fernand Vidal.

A - Au réveil : l'abord psychologique du suicidant
à son réveil.

pronostique : . quel est cet individu qui a fait
une tentative de suicide,

- ceci aboutissant à une fonction

C - Fonction thérapeutique

1) Chimiothérapique

2) Psychothérapique (sur l'individu
(
(sur l'entourage

3) Sociothérapique : insérer ou réinsérer
socialement

D - Fonction institutionnelle : s'entrelaçant avec
la précédente.

E - Fonction de recherche en suicidologie : car
permettant une étude à grande échelle sur le
suicide, et par là une meilleure compréhension,
donc prévention.

F - Ceci aboutissant à une fonction de prophylaxie
mentale pure.

CONCLUSIONS.

INTRODUCTION

Le suicide, ou "meurtre de soi-même" pour reprendre la définition de l'Abbé des Fontaines (1737) a de tout temps été considéré comme un problème moral, concernant la philosophie et la religion. Puis au XIXème siècle, a succédé une doctrine Psychiatrique Classique, avec Esquirol (Maladies Mentales 1839), pour qui celui qui a tenté un suicide est un Malade Mental : "l'homme n'attende à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et les suicidés sont des aliénés", position reprise par des contemporains.

A la fin du XIXème siècle, les sociologues commencent à étudier aussi le suicide : pour E. DURCKHEIM, le suicide est lié au degré d'intégration du sujet dans le groupe dans lequel il vit.

Depuis peu, le suicide a fait l'objet de très nombreuses études psychologiques, psychiâtriques, psychanalytiques et sociologiques ; et le problème apparaît très complexe, encore non élucidé.

Actuellement les travaux sur le suicide s'orientent vers la double perspective de : soit la situation-suicide, la conduite-suicide (citons les travaux de H. EY, G. DESHAIES VEDRINNE) soit la multiplicité des facteurs déterminants.

On a pu approfondir ainsi plus scientifiquement les causes poussant au suicide, et qui sont multiples.

On en est arrivé aussi à la notion de "conduites suicidaires" dont le suicide réussi n'est que le passage à l'acte.

Certains auteurs considèrent comme telles les automutilations, l'anorexie mentale, la toxicomanie (drogue), certains accidents, la conduite automobile imprudente.

Les travaux psychanalytiques ont insisté sur la signification des actes manqués et leur rôle dans certains accidents qui constituent des suicides inconscients (34).

La diversité des positions quant à ce problème montre bien la difficulté d'assigner une limite au champ du suicide. Comme le dit A. HAIM, dans son livre : "Les suicides d'adolescents" : "Entre le strict suicide-décès avec intention consciemment exprimée et l'assimilation au suicide de tout acte amenant directement ou indirectement une autodestruction totale ou partielle, il y a place pour une quantité infinie de modalités en fonction de multiples facteurs" (24).

Quoiqu'il en soit, il faut souligner l'ampleur actuelle du problème, le nombre des tentatives de suicide s'accroît.

Les nouvelles recherches s'orientent vers les causes et la prévention du suicide. On a d'ailleurs donné un nom à cette branche scientifique nouvelle : la suicidologie.

En France, ces efforts sont coordonnés par le "Groupement français d'études et de prévention du suicide" (Institut Médicolégal, Faculté de Médecine, Lyon et Hôpital Fernand Widal - (VEDRINNE) (SOUBRIER) Paris).

Il y a dix années, s'est créée une Association internationale pour la Prévention du Suicide. Des Centres de Prévention s'organisent dans le monde sur le modèle de ceux de

Vienne créé par RINGEL (1948), de Londres créé par les Samaritains ou de Los Angeles créé en 1958 (FARBERAW, SCHNEIDMAN, LITMAN).

Des publications (comme le "Bulletin of suicidologie national clearing House for mental Health" - U.S.A.), des congrès réunissant médecins, généralistes, psychiatres, psychologues, juristes, légistes, sociologues, font progresser ces recherches en suicidologie. "L'alarme est donnée" sur ce vaste problème actuel de Santé Mentale.

AVANT-PROPOS

Le but de notre travail, dans le cadre de l'Hôpital Fernand Widal à Paris, est d'apporter une contribution supplémentaire à cette recherche d'une meilleure Prévention du Suicide, dans le domaine de l'Intoxication aiguë volontaire, qui est de très loin la cause la plus fréquente de tentative de suicide, et dont la Fréquence monte chaque jour.

Il nous semble en effet qu'un centre de Pathologie Toxique tel que celui du Professeur GAULTIER à Fernand Widal, recevant des intoxications aiguës volontaires est un lieu privilégié pour voir beaucoup de "rescapés suicidaires" et par là d'essayer d'analyser ce qui s'est passé dans la période présuicidaire, donc de mieux comprendre comment on aurait pu peut-être éviter le Passage à l'Acte.

D'autre part, on sait que chez un sujet qui a fait une Tentative de Suicide, le risque de récurrence est beaucoup plus grand.

Une des premières possibilités de prévention du suicide doit donc porter sur ce groupe de sujets venant de tenter un suicide.

Il faut savoir éviter le double risque d'aliénation, qui entraînerait des conséquences hospitalières graves, et de banalisation, qui entraînerait une sortie trop rapide avec des problèmes identiques.

Les Hôpitaux Généraux prennent conscience de l'ampleur de ce problème ; toute salle de Médecine située au rez de chaussée

reçoit des Tentatives de Suicide. Il est certes difficile dans une salle de Médecine Générale de pouvoir agir efficacement sur un suicidant qui est souvent agressif au sortir de sa T.S, qui refuse les soins, fait des réflexions, réclame sa sortie, ou à l'inverse, qui se sent soulagé, la T.S ayant été un exutoire suffisant à son anxiété, mais il faut se méfier de cette euphorie, très passagère.

Il va sortir avec les mêmes problèmes, se retrouver dans la situation antérieure, parfois aggravée du fait d'avoir transgressé la règle et d'être livré à la curiosité du voisinage. Ce sera alors la récurrence à brève échéance, souvent plus grave, avec une technique plus efficace.

C'est pourquoi il nous semble qu'un service spécialisé tel que le Centre de Pathologie ^{toxique} de Fernand Widal, où le service de réanimation est couplé avec une Unité Psychiatrique, est un endroit particulièrement précieux pour étudier quel peut-être le rôle d'une équipe soignante psychiatrique, quel peut être son rôle du fait même qu'elle travaille dans une Unité à part, réalisant par la même une Institution. On peut ainsi voir quels sont les besoins, tels que la prise de contact avec le suicidant, son entourage, l'élaboration de perspectives de suite pour éviter une récurrence.

Ceci dans un but de généralisation, d'une meilleure organisation ailleurs en fonction des besoins ressentis.

Méthode d'étude :

Nous avons fait cette étude, à partir de l'expérience que nous avons vécue au cours d'une année passée en tant qu'Interne, (1969 - 1970) à l'Unité Psychiatrique en salle des Post-comas, avec le Dr J.P. SCUBRIER, Psychiatre du service.

Nous utiliserons des références statistiques à une thèse faite par Mme A. RICHARD-PERSEIL portant sur l'année 1969.

POUR INTRODUIRE L'ACTION POSSIBLE D'UNE TELLE EQUIPE.

QUELQUES LIGNES D'ABORD SUR CE QUI SE PASSERAIT S'IL N'Y AVAIT RIEN à partir de l'exemple d'une salle de Médecine, rez de chaussé d'un service voisin ceci pour développer plus concrètement ce que nous avons évoqué plus haut : la carence de prise en charge des suicidants dans les Hôpitaux Généraux, qui pourtant reçoivent la majorité des T.S hospitalisées.

Quelques chiffres pour mieux situer le problème :

l'Hôpital F. WIDAL reçoit par an environ 2000 Tentatives de suicide, dont seulement 800 à 900 sont admises en Réanimation. Le reste est admis dans la salle de Médecine évoquée plus haut. Et sur les 897 admis en Réanimation en 1969 (Thèse A.R. PERSEIL), on verra plus loin que :

-500 sont admis à l'Unité Psychiatrique (qui a eu en outre 136 entrants directs)

-313 ont été dirigées directement soit en hôpital Psychiatrique, soit dans leur Hôpital d'origine.

Donc un chiffre important échappe à une prise en charge correcte Psychiatrique.

Ce chiffre approximatif de 1 100 T.S. annuelles admises à F. WIDAL, mais non au centre de Réanimation, correspond à une moyenne de 3 par jour. C'est en effet ce que reçoit l'Interne de garde en Médecine, tandis que dans la même garde le Réanimateur des Comas en admet souvent moins, (mais qui sont plus graves somatiquement).

• Or que se passe-t-il au réveil ?

Le "rescapé" se réveille souvent sur un brancard, car les lits sont occupés par de (grands) malades somatiques. Son admission a souvent suscité, dans la mesure où, comme on l'a vu plus haut, il est parfois agité ou agressif, où il s'agit d'un personnel soignant sans formation psychiatrique, une attitude de rejet plus ou moins conscient.

Le rejet des soignants étant d'ailleurs souvent l'écho de celui des médecins de la salle, devant cette T.S.

chantage" cette "bêtise", qui "dérange" les autres malades, "occupe un lit".

Dès lors qui va écouter ce suicidant ?

Parfois un vacataire en Psychiâtrie, pouvant ensuite revoir ce sujet.

Plus souvent, un consultant, débordé, d'un service psychiâtrique dans un autre hôpital

, mais ceci exigeant un Rendez-vous, pas toujours le lendemain, un transfert en ambulance par groupes de 2 ou 3 suicidants ou avec des malades mentaux, hors du cadre où le sujet s'est réveillé, et bien sûr aucun contact ne peut avoir lieu avec la famille ni l'entourage.

Cette consultation ayant pour conséquence soit une hospitalisation en psychiâtrie, soit un retour au service d'origine et donc la sortie immédiate quand celle-ci n'a pas eu lieu avant toute consultation psychiâtrique, le sujet signant sa pancarte, ce qui est fréquent et d'autant mieux accepté qu'il faut faire de la place pour la nuit suivante.

Certes il suffit parfois d'un entretien avec un externe de la salle ou avec l'Assistante Sociale pour qu'une certaine prévention de récurrence ait pu avoir lieu.

Mais en effet, bien souvent, c'est la sortie dans un état identique. L'appel n'a pas été entendu (VEDRINNE) "Un lavage d'estomac ne guérit pas l'âme". Si l'individu voit que son message n'est pas transmis, il récidivera. Et celui qui a déjà fait une T.S. a de plus grandes chances de refaire une T.S.

Nous avons plusieurs exemples où quelques jours près sa sortie, une récurrence de T.S, "par chance" plus grave cette fois, a entraîné l'hospitalisation et où, là, il va pouvoir être écouté.

Une étude faite par le Dr GALLOT et SOUBRIER dans le cadre de l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police, portant sur une période de 6 mois (1964) (14) a montré que la moitié des sujets qui y étaient admis pour T.S. étaient des récidivistes (26 sur 59),

"mais, fait essentiel, on ne retrouvait d'antécédents de soins ou de surveillance psychiatrique que dans 10 cas. Chez tous les autres, les tentatives précédentes avaient été ignorées ou négligées".

Devant la méconnaissance médicale de ces tentatives antérieures (avec un séjour hospitalier très bref ou absent), l'intervention cette fois de Police secours les amenant à l'Infirmierie Spéciale, permettait à propos de cette récurrence, que le rescapé soit vu par un psychiatre.

. Que se passe-t-il dans le cas où, comme à Fernand Vidal, dans le même service collaborent équipe de réanimation et équipe psychiatrique ?

Pour la meilleure compréhension de cet ouvrage, il nous semble utile d'en décrire le cadre :

- A) Les lieux,
- B) L'équipe,
- C) Pour situer : chiffres 1969.

I - DESCRIPTION DU SERVICE

A) - LES LIEUX

-1 salle de réanimation

-1 salle de psychiâtrie dite des Post-Comas.

Ce n'est pas par simple intérêt géographique que nous commençons par la description des lieux.

La disposition des locaux a son importance dans l'organisation du travail et sa plus ou moins grande efficacité.

Nous verrons qu'il est important que salle de réanimation et salle des Post-Comas soient contiguës, mais pourtant séparées.

Que la disposition interne même des locaux de l'Unité Psychiâtrique est faite de telle sorte qu'elle facilite la fonction Institutionnelle de l'équipe soignante Psychiâtrique.

-1) Réanimation : 1 salle de 12 lits.

Qui est hospitalisé ?

Surtout des intoxications aiguës volontaires ou accidentelles, graves somatiquement ou relevant de soins spécialisés, reçues après accord téléphonique, souvent amenées par les ambulances Cara ou des pompiers.

Nous n'envisagerons ici que les cas d'intoxication aiguë volontaire, en signalant d'emblée que l'intensité du moyen utilisé n'est pas proportionnelle à la gravité psychologique du geste (l'intention de mort est parfois plus grande avec quelques comprimés de VALIUM qu'avec un tube de TOFRANIL).

Dans cette salle de réanimation où se trouvent des machines complexes, travaille un personnel soignant formé par une spécialisation poussée, donnant à chacun un rôle bien défini, permettant que, dès l'arrivée du malade, en quelques minutes plusieurs gestes simultanés et urgents (tant examens que traitements) aient pu être faits.

C'est le "Royaume Aseptique". Pas de gens sans blouses, pas de visites des familles. Il existe une sorte de "barrière" (utile d'ailleurs non seulement sur un plan d'asepsie mais aussi sur un plan psychologique tant pour les malades, que les familles, que le personnel), barrière que "franchit" le sujet quand il arrive dans :

-2) La salle des post-comas ou salle Lecorché : ou là, "il n'est plus entre la vie et la mort, mais entre la mort et la vie", comme nous disait un patient

Description des lieux, soulignons en passant que ce terme de salle Lecorché est mauvais, qu'il devrait être changé. Nous préférons le terme de salle des post-comas ou d'Unité Psychiatrique. La salle est constituée de 5 chambres, soit 15 lits.

La proportion habituelle étant de 1 chambre d'hommes pour 4 chambres de femmes, plus rarement 2 chambres d'hommes pour 3 de femmes. Cette mixité, certes imposée car on ne peut faire autrement, et posant ~~rarement~~ quelques problèmes, est cependant un élément thérapeutique supplémentaire sur le plan de l'Institution.

Une 6ème chambre, ancienne, a été transformée il y a 2 ans, à la demande de l'équipe psychiatrique et non sans poser

quelques problèmes administratifs, en salle d'entretiens et de réunions. Et c'est là une étape très importante dans l'évolution institutionnelle de la salle Lecorché. Nous nous sommes aperçus en effet qu'elle est devenue notre principal instrument de travail : salle où on lie les entretiens, la grandeur de la pièce permettant, quand c'est possible, plusieurs auditeurs (notamment les enseignés : externes ou stagiaires assistantes sociales) sans que le malade soit "écrasé".

Salle où l'on reçoit les familles, où comme on le verra plus loin on reçoit famille plus suicidé, qu'on laisse ensuite souvent en tête à tête continuer ce dialogue amorcé en présence du médecin, salle où à l'heure des visites se retrouvent justement ces mêmes familles et où il est plus facile de parler librement que dans la chambre en présence des voisins.

Enfin, rôle non moins important, salle où se réunit l'équipe : réunions organisées à l'avance ou improvisées, on en reparlera plus loin.

Outre cette salle principale, il faut signaler que nous utilisons aussi pour les entretiens une petite pièce supplémentaire qui se trouve en réanimation, ainsi que éventuellement, le bureau du psychiâtre, qui se trouve au bout du bâtiment, de l'autre côté de la Réanimation, et qui sert surtout pour la consultation de post-cure ambulatoire.

Dernière pièce de la salle Lecorché : le bureau de la surveillante, dont la position centrale, tout près des comas, entre les comas et la salle de réunion psychiatrique, assez loin des

chambres des malades, est à souligner, c'est une pièce en effet où l'on parle beaucoup des malades, les infirmières pouvant y être plus facilement que dans l'autre sans que cela interrompe trop leur travail. C'est dans cette pièce que se trouve un tableau noir aimanté, où sont tous les noms des malades et devant lequel, chaque matin, à un moment qui arrange le plus de gens de l'équipe, on fait le point en quelque sorte, sur chaque cas.

On échange des informations sur le comportement des malades (sans oublier de tenir compte du cahier de rapport de veille), sur l'organisation des traitements, les décisions prises, les contacts avec les familles etc... C'est dans ce bureau enfin que se rencontrent plus facilement toxicologues, réanimateurs et psychiatres.

C'est là que le personnel soignant de réanimation vient s'informer sur l'évolution de tel ou tel malade passé chez nous, c'est là que sont transmis et discutés les problèmes somatiques non encore terminés. Il est très important que le malade sente cette continuité de soins médicaux et psychiâtriques.

B) - CONSTITUTION DE L'EQUIPE SOIGNANTE

Elle comprend : -des médecins

-un chef de clinique Psychiâtre faisant fonction d'Assistant,

-un interne, qui antérieurement n'était pas toujours à vocation psychiâtrique, mais qui l'est maintenant (depuis que la place est mise au choix des internes en tant que poste psychiâtrique et qualifiant pour le C.E.S. de psychiâtrie).

-des externes étant motivés soit pour la

psychiâtrie, soit pour la médecine générale, mais dans ce cas ces 6 mois leur apportent un enrichissement considérable dans l'abord psychologique du malade.

-Des infirmières :

La Surveillante Générale qui est à la fois celle de la Réanimation et des post-comas, ce qui facilite la continuité des soins et la communication entre les 2 équipes.

L'équipe de jour comprend également :

-2 infirmières, parfois une aide soignante ou une stagiaire, une secrétaire administrative,

-enfin des femmes de service.

-Des psychologues :

qui contribuent parfois au diagnostic, par les tests.

Mais il faut signaler toutefois que l'évolution institutionnelle du service a fait peu à peu attacher moins d'importance au diagnostic et aux tests psychométriques. D'autant plus que, comme l'a montré N. ZIMBARDO (4ème congré prévention suicide Los Angeles 1966) les tests ne servent pas pour détecter le comportement suicidaire, ils ne peuvent aider dans les applications pratiques, par contre ils peuvent aider dans la compréhension et la recherche en suicidologie, et sont alors plus intéressant. Mais il faut tenir compte de l'agression qu'ils représentent, et attendre que le sujet soit prêt. Dans ces conditions, avec une sélection des cas, ils peuvent être d'une aide précieuse. Ces notions sont également celles qui se dégagent du centre de Réanimation de Garches, comme le dit le Dr RIVAILLE

, à propos des T.S. chez l'adolescent.

A partir de l'exemple de Lyon et de Lille, où existent des consultations de l'après-midi, de psychologues cliniciens et thérapeutes pour les post-cures, il peut-être intéressant d'envisager également à Fernand Vidal une telle collaboration qui a également un intérêt de Recherche en suicidologie, c'est ainsi qu'actuellement, une psychologue-psychanalyste a pu s'intégrer dans l'équipe soignante, apportant une lumière nouvelle à notre travail et nous aidant dans la prise en charge dans l'institution et après la sortie (et permettant que soit possible, dans la même équipe, la dualité psychothérapeute et chimiothérapeute, indispensable chez certains malades).

-une assistante sociale : (avec 1 ou 2 stagiaires)
personnage très important, dont la collaboration conditionne le plus souvent l'efficacité de l'intervention.

Il est souhaitable que cette assistante sociale ait une formation psychiatrique ou ait au moins fait un stage en hôpital psychiatrique et en dispensaire O.P.H.S. pour savoir comment fonctionne l'hôpital psychiatrique et le "secteur".

Description de l'équipe dans le temps :

le matin, ce sont les membres décrits plus hauts. Pour la veille et la garde : rien au point de vue psychiâtres. La permanence téléphonique étant seulement celle du centre antipoison pour la toxicologie. Mais il n'y a pas de réponse spécifiquement psychiatrique en cas d'appel d'un ancien malade, pas même l'après-midi.

Ceci explique l'importance du rôle joué par le personnel médical et paramédical non spécialisé (interne, externes de garde en réanimation, surveillant de garde, infirmières, aides soignantes et femmes de service.

Ils assurent en effet la permanence de l'accueil et, pour ceux qui sont hospitalisés ou pour les familles permettent d'attendre le lendemain matin que le psychiatre soit là.

Ce rôle est surtout plus lourd pour les intéressés que ceux-ci, notamment les infirmières et aides soignantes n'ont reçu aucune formation spécialisée, mêmes celles du matin.

Cette formation se fait au fur et à mesure que progresse ce travail d'équipe psychiatrique, un peu comme pour les externes, à propos de problèmes soulevés par un malade ou une famille, ou lors des réunions d'équipe. L'amélioration des conditions de travail se réalise progressivement.

C'est insister d'emblée sur l'importance d'avoir un personnel infirmier, sinon formé, du moins motivé pour ce travail très particulier - et sur l'importance d'avoir quelqu'un de permanent, de fixe, en veille ou en garde - afin que cette formation progressive puisse se faire, l'interne de la salle pouvant alors prendre le temps, en garde, cela faisant partie de son travail, de venir discuter avec le personnel de garde, sans découvrir chaque fois une nouvelle soignante. Le poste d'infirmière d'après-midi salle Lecorché est encore en effet trop facilement jugé interchangeable par l'administration, et il y a un progrès à faire dans ce domaine.

C) - POUR SITUER UN PEU F. WIDAL.

Il semble intéressant de donner quelques chiffres de l'année 1969 (chiffres empruntés à la thèse de Mme A. PERSEIL). Le nombre total des malades reçus aux comas plus post-comas pour 1969 est de 1031, dont 897 entrés aux comas :
(- 606 femmes
(
(- 291 hommes
donc nette prédominance féminine.

Sur ces 897 ~~7~~ 69 sont décédés

496 sont passés salle Lecorché

313 dirigés directement

- soit vers le service psychiatrique d'origine
(ont des antécédents psychiatriques connus, déjà traités en hôpital ou clinique psychiatrique),

- soit dans leur hôpital d'origine ou de la région du sujet (qu'il s'agisse de problèmes médicaux, ou de T.S de grande banlieue ou province, il est en effet inutile de commencer la prise en charge à Paris, il faut s'occuper du suicidant dans

Mais il faut signaler la fréquence avec laquelle dans ce cas aucune prise en charge psychiatrique n'est faite. Le sujet sort souvent très vite, signant sa pancarte dès qu'il arrive dans son hôpital d'origine.

Enfin, outre ces 3 catégories, soit un total de 878, restent 19 malades d'orientations diverses dont certains sortis sur leur demande ou la demande de leur médecin, et certains étant des intoxications accidentelles notamment professionnelles (celles étiquetées "accidentelles" type surdosage thérapeutique, par le sujet ou sa famille, passent quand même à Lecorché).

Les chiffres concernant Lecorché maintenant :

<u>630 entrées</u>	dont 459 femmes	171 hommes
	73%	27%

Sur ces 630 :

- 496 venus des comas

- 134 entrants directs des urgences Médecine
(ou, dans quelques cas, de la salle voisine rez de chaussée, dont
on a parlé antérieurement, et qui relevaient particulièrement de
la salle Lecorché.

Age : de 15 à 84 ans

(femme : 31 - 7
(
âge moyen de 32 ans(
(
(homme : 32 - 8

La plus grosse tranche d'âge étant de 26 à 35 ans
156 adolescents soit plus ou moins 25%.

Mois - Année : pics nets : printemps, automne
avec recrudescence juillet - août et diminution en mai et septembre.

°
° . °

II - LES DIVERSES FONCTIONS

Quels vont être les fonctions de cette équipe
psychiâtrique ?

Elles sont diverses, multiples, s'imbriquent. Mais
pour plus de clarté, nous les envisagerons successivement :

A) - UNE FONCTION AU REVEIL :

L'abord psychologique du suicidant à son réveil, afin
d'établir ou de rétablir une relation correcte entre l'individu et
le monde extérieur : c'est un abord psychothérapique.

B) - UNE FONCTION D'APPRECIATION DIAGNOSTIC ET PROGNOSTIC :

Quel est cet individu qui a fait une T.S, quel est
son entourage : ceci aboutissant à une fonction d'orientation.

C) - UNE FONCTION THERAPEUTIQUE :

1) - Sur l'individu : fonction chimiothérapique ou
psychothérapique

2) - Sur l'entourage

3) - Fonction sociothérapique : fonction de réinsertion
sociale.

D) - UNE FONCTION INSTITUTIONNELLE :

Sur laquelle nous insisterons beaucoup. Elle s'imbrique
avec la précédente.

E) - ENFIN UNE FONCTION DE RECHERCHE EN

SUICIDOLOGIE :

Car permettant une étude à grande échelle sur le suicide, et par là une meilleure compréhension donc prévention et

F) - UNE PROPHYLAXIE MENTALE PURE.

•
• •

A) - L'ABORD PSYCHOLOGIQUE DU SUICIDANT A SON REVEIL

L'approche psychothérapique est capitale à ce stade de réveil. Les Américains l'appellent "waked psychotherapy" (LITMAN centre de prévention du suicide à Los Angeles).

C'est au réveil que parfois s'extériorise au maximum l'angoisse du malade, ses conflits profonds, les fantasmes ou le délire, c'est là qu'on peut le mieux saisir les motivations profondes du geste et la notion de passage à l'acte.

Cet abord psychothérapique, seul un psychiatre qualifié et habitué aux suicidants peut le faire de façon réellement efficace. C'est dire qu'il est très souhaitable que le 1er entretien ait lieu avec un psychiatre ou tout au moins à l'U.P. Unité ^{psychiatrique}, avec les externes et l'équipe soignante que l'on forme à cet abord.

Dans certains cas, il est même souhaitable que le psychiatre aille en salle de réanimation. A Lyon, dans le service d'Urgences Médicales des Hospices Civils de Lyon, où travaille une importante équipe psychiatrique, outre les entretiens classiques des suicidants, une fois le problème ^{toxicologique} terminé, on essaie actuellement d'organiser des entretiens "de réveil" pour soulager l'angoisse de résurrection. (3) Thèse BARLET
Lyon 1969 (La psychiatrie au sein du service d'urgence Médicale des Hospices civils de Lyon).

A F. Widal, l'équipe psychiatrique étant beaucoup moins nombreuse, nous sommes obligés de nous limiter :

le psychiâtre ne va en réanimation que s'il est appelé, quand il existe un problème de réveil, avec angoisse intense, agitation, trouble du comportement (confusion aiguë, incohérence, etc ... justifiant un geste thérapeutique immédiat), ou encore quand le patient réclame sa sortie avec véhémence ; dans ces cas, le psychiâtre commence à intervenir dès la salle des comas, ce qui peut d'ailleurs être d'un secours diagnostique et thérapeutique précieux dans les cas où il y a urgence : devant un épisode confusionnel aigu, il peut s'agir d'un simple accident au décours de l'intoxication, ou d'une maladie psychotique en évolution. Mais seul le psychiâtre pourra faire la part entre ces 2 cas, l'un justifiant l'isolement (dans la mesure du possible dans un service d'isolement), l'autre relevant d'un transfert immédiat par placement en service fermé à l'hôpital Psychiatrique du secteur. Cette présence psychiatrique soulagera aussi l'équipe de réanimation.

Ailleurs (nous en avons vu plusieurs exemples) devant un état d'angoisse extrême, le psychiâtre appelé peut déceler un délire aigu persécutif, avec hallucinations ou interprétations qui persistent à l'hôpital, et entraînent un risque immédiat de récurrence suicidaire ou un risque de geste agressif envers le personnel, d'où la nécessité d'un transfert d'urgence en psychiatrie, en prévenant la famille.

Dans la majorité des cas cependant, l'équipe psychiatrique ne commence à intervenir que dans la salle des Post-Comas. Et les problèmes immédiats de réveils seront vécus par les médecins et infirmières de réanimation. Ils devront donc savoir

éviter certaines erreurs : des attitudes agressantes ou morali-satrices, éviter de banaliser en faisant croire au malade qu'après 24 heures passées chez nous il pourra sortir ; notre intervention est en effet alors beaucoup plus difficile, certains malades n'ayant que trop tendance à banaliser, à dire "c'est fini" une fois le problème toxicologique résolu.

Donc l'attitude des réanimateurs vis à vis de notre travail peut déjà influencer sur son efficacité.

Cette efficacité du travail du psychiatre auprès du malade dépend beaucoup de la qualité de ses relations avec ses confrères somaticiens ou réanimateurs, permettant de se retrouver ou de se succéder au chevet du malade.

Cette collaboration devant un cas commun, dans le même service, est très importante, permettant des échanges et discussions fréquents. Mais il faut dire que cette collaboration n'est pas toujours facile, qu'il s'agit parfois plus d'une cohabitation, que la délimitation soigneuse du territoire de chacun, souhaitable pour certains points, pose ailleurs des problèmes, que le Réanimateur sans sa machine ne se sent parfois plus rien, - Inversement, le psychiatre peut avoir du mal à s'intégrer dans le groupe, en face des attributs phalliques du réanimateur, dont le geste est amplifié par les machines, qui dispose d'un personnel formé et encadré, qui a une structure de soins gardant le malade jusqu'au bout d'un traitement spécialisé et surtout qui est là 24 heures sur 24. Et comme le dit le Dr BARLET à propos de l'équipe de Lyon : "Le psychiatre pour sa part, voit

l'ostracisme séculaire dont il a été victime, perpétué par sa propre angoisse de castration. Il sent peser sur lui la curiosité ironique semblable à celle que le scientifique réserve au littéraire".

.
. .

B) - FONCTION D'APPRECIATION DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE

Par : -1'étude de l'intoxiqué volontaire (les entretiens, sa personnalité, son comportement dans le service au réveil et les jours suivants),

-1'étude de son entourage.

Ceci dans un but d'orientation spécifique afin de trouver la meilleure solution possible, qui permette d'éviter une récurrence.

Si dans quelques cas on peut porter un diagnostic immédiat d'une affection psychiatrique déjà connue, ou méconnue jusqu'alors, et qui justifie un transfert en milieu psychiatrique, dans la majorité des cas il faut plusieurs jours pour voir quelle sera la meilleure orientation, pour découvrir parfois une schizophrénie incipiens, ou inversement récuser une première impression et voir qu'il s'agit d'un état névrotique ou des complications d'une intoxication. Surtout, il faut éviter la solution de facilité qui serait transférer ces suicidants en hôpital psychiatrique, attitude aliénante qui dans la majorité des cas ne servirait à rien, que de remotiver un suicide.

-1°) - De façon un peu artificielle, mais dans un double but de diagnostic et d'orientation, on peut classer nos patients en 4 groupes distincts(J.P. SOUBRIER "Etude sur des problèmes psychiatriques d'un service de toxicologie clinique") (Biblio 49).

a) psychotiques :

Schizophrènes en expérience délirante, ou déprimés (car ne délirant plus donc angoissés).

Mélancolie d'une psychose maniaco-dépressive ou
d'une mélancolie d'involution.

Démences organiques (tardives, épileptiques, tumorales).

b) Dépressions exogènes Névrotiques :

-réactionnelle ou situationnelle,
-d'épuisement,
-évoluant ou non sur une névrose ou un terrain
névrotique,

-un certain nombre d'hystéries

c) Déséquilibre psychopathiques

avec ou sans éthylisme.

d) Psychologiques purs pas toujours
déprimés mais à problèmes névrotiques actuels ou chroniques

non^{manifestement} pathologiques qu'il serait néfaste de psychiâtriser
et qui bénéficient le + ou le - du séjour^{prolongé} dans le service.

-2°) Quels sont les moyens d'orientation dont
on dispose pour assurer le traitement après la sortie de F. Vidal ?

Pour donner une idée de grandeur, nous les illustre-
-rons de chiffres pris sur l'année 1969.

Nous avons dit plus haut qu'il y a eu à Lecorché :
690 entrées : 459 femmes et 171 hommes

soit : 496 venus des comas, 174 entrants directs.

Avant d'aborder les différents modes de prise en
charge institutionnels ou ambulatoire, il est important de donner
un aperçu théorique sur ce qu'est "le secteur" dans le département

de la Seine.

La sectorisation particulière à ce département pour les soins psychiâtriques hospitaliers et extra-hospitaliers, est organisée depuis une dizaine d'années.

En 1952, G. DAUMÉZON proposa le découpage du département de la Seine en secteurs de recrutement. L'année suivante, les principes généraux de cette répartition en aires géographiques et démographiques à laquelle correspondrait une équipe médico-sociale furent posés.

L'organisation, difficile, ne se fit que peu à peu. Et c'est la circulaire du 15 mars 1960 qui consacra cette évolution.

"L'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être continué par des organismes de prévention et de post-cure. La présente circulaire a pour but de définir la politique à suivre dans chaque département, au cours des années à venir, pour permettre la mise en place d'un système mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent et constituant véritablement, une organisation de la lutte contre les maladies mentales. Ce dispositif consiste, essentiellement, à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer, pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable, entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation (quand il est possible), les soins avec hospitalisation, et, enfin, la surveillance des post-cures."

A F. Widal, nous utilisons un classeur où sont imprimés les différents hôpitaux psychiâtriques et dispensaires O.P.H.S. ou organismes de soins correspondant à chaque secteur, et ainsi quand l'indication se pose, le sujet est dirigé directement sur son secteur. Pour les cas hors secteur, ou, lorsque l'hôpital de secteur exige cet intermédiaire (ce qui est malheureusement trop fréquent !) le sujet est transféré au Centre d'Orientation et d'Accueil (C.P.O.A.) de l'Hôpital Henri ROUSSELLE, qui se charge de le diriger sur un secteur approprié.

Pour reprendre donc les diverses modalités thérapeutiques d'orientation, de quoi disposons-nous :

-1°) Pour une thérapie institutionnelle

-l'hôpital psychiâtrique de secteur, sous le "régime du service libre" ouvert par voie de placement volontaire soit directement après accord téléphonique, soit par l'intermédiaire du C.P.O.A d'Henri ROUSSELLE pour les non sectorisés. Ailleurs par voie de placement en milieu fermé quand l'urgence psychiâtrique le demande, et qu'il n'y a pas de faucille.

-les services de clinique Psychiâtrique de Sainte Anne ou de la Salpêtrière.

-les autres pavillons psychiâtriques des Hôpitaux Généraux, cette solution étant utilisée quand le malade y a déjà été pris en charge, et que l'on accepte de le reprendre (S.I.C.).

-les cliniques psychiâtriques privées

-les services psychiâtriques d'adolescents : FLAVIGNY

Clément LAUNAY quand ^{les institutions psychopédagogiques pour} inférieur à 16 ans

Etudiants type Sceaux ou La Tronche à Grenoble.

-les hôpitaux de jour de certains secteurs, ou type Etienne MARCEL pour adolescents.

-les maisons de repos spécialisées ou simples, ou mère et enfant etc ... après un séjour de 10 à 15 jour à F. Widal.

-enfin l'hôpital d'origine, dans les cas où il s'agit d'une région éloignée ceci dans un but de prise en charge dans le secteur d'habitation.

En 1969 : 183 ont été dirigés vers un hôpital de secteur ou d'origine, dont 117 en hôpital psychiatrique.

-2°) Pour une thérapie ambulatoire

Après un séjour de 10 à 15 jours à F. Widal ou après le séjour dans une des institutions plus haut

-une consultation intérieure du service, (53 en 1969), faite par le psychiatre du service, mais évidemment très limitée, réservée à certains cas, aux adolescents surtout ; il s'agit parfois simplement d'une préparation à une psychothérapie ailleurs, mais mieux acceptée après 2 ou 3 consultations à F. Widal. Dans d'autres cas, nous sentons que cette consultation du service est le seul moyen de "raccrocher" ce patient et de lui permettre une sortie, avec un contrat à la clef.

-les consultations des dispensaires O.P.H.S. sectorisés, dépendant des hôpitaux psychiatriques de secteur, ayant l'avantage d'apporter une double aide psychiatre plus assistante sociale :

en 1969 : 41, qui étaient d'accord, 50 signalés systématiquement car sortis sur leur demande.

Qui envoie-t-on au secteur ?

-surtout les problèmes sociaux et familiaux

-ceux pour qui il ne s'impose pas de décision urgente précise à prendre, mais qui ont besoin d'être surveillés, convoqués, soignés sur place, dans leur secteur d'habitation, tant par le médecin que l'assistante sociale : les déséquilibrés personnels (type psychopathie) ou familiaux, enfin également les éthyliques.

-Centres médicopsychopédagogiques ambulatoires pour étudiants, type Etienne MARCEL, des centres de psychothérapie ambulatoire l'Institut La Rochefoucauld, ou encore certains centres d'adolescents dans le secteur en est pourvu (ex : dans le 18ème)

-Consultation d'un spécialiste psychiatrique en ville, soit reprise d'un traitement en cours, soit qu'on lui conseille, ce qui déjà favorise le transfert. Lorsqu'il s'agit de la reprise d'une psychothérapie en cours, il faut souligner la complexité pose parfois par une T.S. ou une récurrence de T.S. Les problèmes posés par une analyse non terminée ou indéterminable où notre position de thérapeute interférant est très difficile.

• Médecin traitant, personnage important avec qui nous essayons le plus possible d'avoir des relations et à qui nous réadressons parfois le sujet soit directement à lui, soit pour qu'il l'adresse à un correspondant psychiatre, ce qui là encore favorise le transfert.

Il est très important de s'assurer que le sujet sera pris en charge à sa sortie "d'avoir le souci de continuité de prise

en charge thérapeutique" (PAUELLE).

C'est dire l'importance des relations avec le secteur (à qui nous signalons à sa sortie le malade, par un mot explicatif sur un formulaire imprimé), des relations téléphoniques ou épistolaires entre nous et les médecins des maisons de repos, les médecins traitants ou les psychiatres qui assureront la suite de la prise en charge.

Pour certains patients, le changement de thérapeute et surtout de lieu de soins est difficile à accepter, ils demandent à être revus à F. Widal, où ils se sont réveillés, où ils se sentent compris, où ils n'ont pas peur de revenir, à toute heure de la journée, car même l'après-midi ils savent qu'ils retrouveront une infirmière ou une assistante sociale qui les connaît.

Mais il existe une impossibilité matérielle de post-cure à F. WIDAL qui est un milieu toxicologique réservé, aussi pour ces quelques patients, essayons nous de prendre le temps de les revoir 1 ou 2 fois après leur séjour, ou au retour de la maison de repos pour une reprise de contact, et le transfert à un autre psychiatre est alors beaucoup plus facile, la motivation psychothérapique plus forte, et la continuité des soins plus réellement assurée.

-3°) - Comment se fait cette orientation de sortie

Elle est déterminée en fonction de :

- La signification du geste : réactionnel, signification d'appel, trouble ancien relationnel, affection mentale caractérisée.
- De l'attitude de l'entourage.
- Des conditions sociales.

-de l'attitude de l'intéressé vis à vis de ses troubles,

-du désir du psychiatre traitant éventuel , toujours consulté.

Ainsi après avoir ^{eu} un ou plusieurs entretiens avec le malade, avec sa famille ou son entourage direct, peut-on choisir une orientation spécifique.

Si on reprend la classification vue plus haut : le 1er groupe de troubles mentaux graves, chroniques, relevé de l'hospitalisation en milieu psychiatrique fermé.

Parfois bien acceptée : simple transfert ; parfois avec réticence : et une préparation psychothérapique s'impose, car des conditions dans lesquelles se fera le transfert dépendra souvent la relation médecin - malade à l'hôpital psychiatrique.

Ailleurs, le malade a déjà été hospitalisé : et souvent la T.S. n'est qu'un appel indirect au spécialiste pour une reprise en charge, (l'Appel auquel il ne faut pas systématiquement céder).

Parfois aussi, le malade demande à changer de thérapeute ; et le séjour à F. WIDAL va permettre d'essayer de débrouiller chaque situation particulière, de faire la part de ce qui a été réellement mauvais ou de ce que la demande elle-même de changement fait partie de la maladie du sujet.

Problème médical et déontologique, que l'on réglera toujours en accord avec le ou les confrères concernés, et la famille, plus souvent que coopérante, parfois opposante indifférente

Nous entendons parfois les familles nous réclamer un autre psychiâtre, ou un autre psychothérapeute, un mari nous dire : "Ma femme est perturbée par le traitement".

Cela peut être vrai. Mais il peut s'agir aussi parfois (même pour le geste suicidaire) d'une phase évolutive d'un traitement qui marche bien, notamment lors d'une psychanalyse, il peut s'agir réellement d'un "incident de parcours" ou d'un acting out, ne contre-indiquant absolument pas la reprise de l'analyse.

Ailleurs, l'opposition peut venir d'une difficulté pour la famille à supporter la remise en gestion familiale que sous-entend ce traitement, ou encore de la difficulté pour un mari de supporter le transfert de sa femme envers le thérapeute.

Il arrive ... d'avoir aussi à expliquer à des parents que si leur fille ou leur fils est angoissé avant ou après ses séances de psychothérapie, (auxquelles pourtant il va assidûment) c'est que justement le traitement doit être continué.

Placés sur la trajectoire du geste suicidaire, nous sommes donc souvent dans une position difficile, où il faut savoir interpréter ce que signifie cette demande de changement de thérapeute.

La situation est d'ailleurs aussi difficile quand plusieurs jours d'observation nous ont fait sentir que le sujet était réellement perturbé par le traitement, que nous avons envie de donner raison à la famille, mais que le sujet refuse ce changement, et reste très fixé à son thérapeute. Thérapeute avec lequel bien sûr, nous entrons toujours en contact.

Le 2ème groupe (Dépressions Névrotiques exogènes)

constitue le nombre de patients le plus important. Selon les résultats du traitement chimiothérapique souvent justifié dans ce groupe, et surtout selon le contexte familial et social, ainsi que le souhait du psychiatre traitant éventuel, ils sont hospitalisés :

- soit 1 à 3 semaines à F. WIDAL,
- soit en clinique privée psychiatrique,
- soit en hôpital psychiatrique.

Dans le premier cas, le séjour à F. WIDAL est souvent suivi d'un séjour en maison de repos spécialisée, ou bien le sujet est remis à sa famille, mais à condition d'un environnement correct.

Quelque soit le cas envisagé, pour tous est prévue une prise en charge ambulatoire de post-cure, par un des moyens vus plus haut, y compris pour certains, la consultation de F. WIDAL.

Un cas particulier : les adolescents.

Le suicide des adolescents est, on le sait, très étudié actuellement. Citons notamment le livre de A. HAIM "Les suicides d'Adolescents" (PAYOT 1969).

L'article de C. RIVAILLE dans la semaine des hôpitaux N° 17 - Paris 1970 : "Tentatives de suicide des Adolescents" où elle parle de son expérience de Psychiatre au Centre de Réanimation de l'Hôpital R. POINCARE à Garches.

Dans son livre sur le suicide (Ed. Sociales Fces 1970) Marguerite QUIDU consacre aussi une partie importante aux adolescents.

Enfin citons encore :

D.J. DUCHE : "Les Tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent" . Acta paedopsychiatrie 35 - 1968 p 345 - 378. Et N. ZIMBACCA "Le suicide chez l'adolescent". Conc-Méd 87 (36) 1965 ; M. GAILLIER, E. FOURNIER, A. GORCEIX, N. ZIMBACCA : Etude clinique et statistique d'un groupe de mineurs suicidants (Sem.Hôp.Paris N° 50 - 1963). Ainsi que de nombreuses publications étrangères.

Nous recevons beaucoup d'adolescents à F. WIDAL, ce qui nous permet d'avoir une idée d'ensemble, recoupant d'ailleurs celles des autres auteurs.

Chez l'adolescent, la T.S. révèle très rarement des troubles mentaux graves (psychose ou névrose grave) qu'elle se rencontre souvent chez des sujets ayant une frange de troubles variés et mal définis, associant quelques éléments dépressifs, quelques troubles du caractère, un déséquilibre psycho-affectif, en un mot, comme le dit M. GUIDU "Une sorte de caricature de la crise adolescente", "le suicide étant le plus souvent une manifestation réactionnelle"

Il s'agit en effet très souvent d'une protestation, d'un appel, d'une recherche de dialogue familial la T.S. survenant chez un adolescent ayant une mauvaise intégration familiale, socio-professionnelle ou scolaire ; une frustration minime déclenche le passage à l'acte, le fait, souvent banal objectivement, devient intolérable en raison de la répétition de frustrations antérieures, et notamment de la carence affective dans l'enfance

carence paternelle en particulier (ceci est un facteur constaté par plusieurs auteurs, et que nous avons pu vérifier à F. WIDAL.

Le geste est souvent un geste de révolte, d'appel qu'il faut savoir comprendre. Ce sont eux qui bénéficient le plus d'un séjour prolongé chez nous, de la fonction institutionnelle de l'équipe, comme on le verra plus loin, de l'aide de l'assistante sociale pour un foyer ou une orientation professionnelle. C'est pour eux aussi que nous avons les contacts les plus importants avec les familles. L'adolescent est encore très dépendant de sa famille, et il est important d'en tenir compte, d'autant plus que son geste, comme on le développera plus loin, est souvent un appel envers elle, qu'il traduit le malaise de toute une famille en une mésentente conjugale profonde, que si parfois, il s'agit d'un problème assez simple de difficulté de dialogue, ailleurs il s'agit d'un problème plus complexe, où les parents sont réellement pathologiques et leur perturbation rejaillit sur l'enfant ou l'adolescent.

Cet enfant-cible, s'il est replacé dans un milieu familial pathogène inchangé, aura à nouveau les mêmes troubles.

Il est donc important, là plus qu'ailleurs, de voir les parents. L'hospitalisation de leur enfant pour une T.S., permet parfois la prise en charge psychiatrique ultérieure d'un des parents, elle n'aurait peut être jamais eu lieu sans ce geste.

A l'inverse, il arrive que le seul moyen pour l'adolescent de s'en sortir, soit de s'échapper de ce milieu familial pathogène. Et le séjour chez nous permet d'aider les uns

et les autres à accepter cette solution, voire à apporter une aide dans sa réalisation (Foyer par exemple). Enfin il peut arriver aussi, et le cas n'est pas rare, que cet adolescent soit repris par ses parents, contre avis médical et que nous n'ayions rien pu faire. Quoiqu'il en soit, dans les cas où nous avons pu avoir une certaine action, nous veillons particulièrement chez l'adolescent à la continuité des soins, en sachant la difficulté pour eux de "passer la main". Aussi beaucoup sont-ils revus à la consultation du Dr SCUBRIER & F. WIDAL.

Le 3ème groupe : déséquilibrés psychopathiques avec ou sans éthylisme, sont dirigés, soit l'hôpital de secteur qui les connaît souvent déjà; soit vers le dispensaire O.P.H.S.

La T.S. est en règle impulsive, agressive dirigée contre l'entourage, sans élément dépressif net.

Leur présence dans le service est souvent tumultueuse, perturbante pour les malades (surtout ceux des groupes II et IV, mais parfois aussi du I qu'ils décompensent).

Souvent ce sont eux qui signent leur pancarte, et il est difficile de s'y opposer, dans la mesure où un transfert en milieu psychiatrique fermé ne résoudrait rien.

Cette catégorie doit être observée et soignée dans son secteur d'habitation, par l'équipe d'hygiène Mentale (psychiatre et assistante sociale).

Aussi les signalons-nous directement au dispensaire, en conseillant qu'on les convoque rapidement et en avertissant le

patient.

Dans cette catégorie, les récidives seraient fréquentes mais moins graves.

Le 4ème groupe, sans appellation nosopsychiatrique précise est un groupe qui bénéficie du séjour à l'unité psychiatrique et qu'il ne faut pas psychiâtriser.

Déprimés ? mais sans traits particulièrement névrotiques, avec une faible volonté d'autodestruction, sans agressivité notable. Ils ont surtout besoin d'être compris, de rétablir une bonne relation avec leur entourage (famille, amis, travail). Ils doivent être renvoyés chez eux, parfois après un séjour en maison de repos simple ou retravailler rapidement, et justiciables d'un soutien psychothérapique (souvent à la consultation de F. WIDAL). Le groupe fournit le % le plus bas de récidivistes.

A propos des récidivistes il serait intéressant de dire quelques mots d'appréciation pronostique c'est-à-dire d'essai d'appréciation du geste suicidaire, du risque de récidence.

Nous avons quelques récidivistes à court terme à F. WIDAL, récidence d'ailleurs pas toujours bien comprise des réanimateurs qui nous la reprochent.

Il nous faut signaler qu'une enquête C.F.H.S. est en cours pour déterminer ce qui s'est passé ces 3 dernières années, ce que sont devenus les gens que nous avons dirigés de F. WIDAL

vers leur secteur psychiatrique (hôpital ou dispensaire).

Mais peut-on dire devant une récurrence qu'il y a échec ?

Il est plus évocateur de donner quelques exemples : certaines récurrences sont en quelque sorte "attendues", ne surprennent pas l'équipe psychiatrique qui avait déjà pris en charge ces patients.

Exemples : OBSERVATION N°1 : Blandine C ... 24 ans

" " N°2 : Monique L ... 26 ans

" " N°3 : C ... L... 26 ans.

OBSERVATION N°1 : Blandine C ... 24 ans, célibataire, étudiante en espagnol, vit chez ses parents.

- Circonstances : Première T.S par absorption de 20 comprimés de VALIUM. Hospitalisée 15 jours dans le service, elle sort avec un traitement de DOGMATIL et NOBRIUM, et confiée à un psychiatre en ville pour psychothérapie, avec possibilité de revenir nous voir si elle "accrochait" mal avec la psychothérapeute. Deuxième T.S deux mois plus tard. Après 8 jours dans le service elle est transférée à la clinique psychiatrique des Etudiants à Sceaux.

- Elle est la troisième de 5 enfants, 2 frères ont des antécédents dépressifs, 1 soeur des antécédents ^{d'}anorexie mentale, avec prise en charge psychothérapique. La mère a elle-même été suivie en psychothérapie, qu'elle a stoppée sous l'instigation du mari. Les parents sont très pathogènes : pleins de bonne volonté, mais très rigides, très croyants, la mère surtout est très perturbée.

Au cours de son 1er séjour dans le service, Blandine est au début très bloquée, hostile, déprimée, se désintéressant de son cas, "ce n'est pas important", "ne vous occupez pas de moi".

Elle nous dit être déprimée depuis 4 ans. Fait frappant elle dit n'avoir "aucun souvenir" de son enfance. Sous traitement de DOGMATIL + NOBRIUM, elle se débloque peu à peu, le contact s'améliore, elle arrive à parler de son conflit avec ses parents, aborde plus difficilement ses problèmes sentimentaux (déception récente auprès d'un garçon anarchiste sur lequel elle a fait une fixation presque érotomaniacale).

Elle commence à verbaliser ses problèmes relationnels, son inhibition, ses difficultés sexuelles, son désir d'habiter seule.

Elle accepte l'idée d'une psychothérapie, mais sans en voir tellement l'utilité.

Quelques jours avant sa sortie, reçoit une lettre du garçon qui déclare ne jamais l'avoir aimée. Violente crise de larmes, alors qu'elle avait jusqu'alors manifesté assez peu d'affection. Cependant réagit assez bien, et veut quand même sortir à la date prévue. Le pronostic est assez réservé. On la laisse sortir cependant en la confiant à une psychothérapeute à qui on écrit. Les parents avec qui on a eu 2 entretiens, acceptent eux aussi de voir un psychiatre, acceptent aussi l'idée que Blandine souhaite ne plus habiter chez eux.

Deuxième hospitalisation, 2 mois plus tard : nombreux comprimés de DOGMATIL + NOBRIUM. N'a pas pris son traitement, accumulait les médicaments en faisant renouveler l'ordonnance

par le médecin de famille. A vu une seule fois la psychothérapeute, n'a pas vu l'utilité de continuer, ni de revenir nous voir. Nous avons eu l'impression d'avoir pensé à recommencer son geste dès sa sortie, et lors de la 2ème T.S., avait laissé une lettre : "je recommencerai encore". Elle est d'ailleurs étonnée au réveil de s'être encore ratée. La mère nous parle d'un couteau qu'elle gardait toujours dans sa chambre. A eu depuis 2 mois un comportement de fuite perpétuelle (voyages, séjours chez des amis). Le seul progrès est que les parents ont vu un psychiatre, mais la mère est de plus en plus déprimée.

Au cours de cette 2ème hospitalisation, la mauvaise impression qu'on avait se confirme. L'inhibition, le retrait, la dysmorphophobie) quoiqu'il n'y ait aucun trait dissociatif, font évoquer la possibilité d'une évolution psychotique.

Cette récurrence a eu l'avantage cette fois cependant de permettre une thérapeutique institutionnelle : le transfert à Sceaux plus ou moins bien accepté par elle et par la famille mais qui apparaît être la seule solution.

.
. .

OBSERVATION N°2 : Monique L ... 26 ans, secrétaire, en arrêt de travail depuis un mois. Venue à Paris chez son frère, en attente d'une hospitalisation dans une institution psychiatrique (La Verrière).

Hospitalisée dans le service à l'occasion de sa 2ème T.S. (20 comprimés de BINOCTAL + plusieurs comprimés de ^{SURSUM} Il s'agit d'une dépression grave. Les troubles ont commencé à l'âge de 8 - 9 ans, son père éthylique, avait des crises de D.T., qui l'angoissaient terriblement. Ce père est décédé quand elle avait 16 ans.

Toute son adolescence, a eu des problèmes graves d'identification sexuelle. Un bilan gynécologique avait montré qu'elle avait une absence de fonction ovarienne.

Vers 18 - 19 ans, elle ressent avec acuité qu'elle "n'est pas comme les autres". Le décès du père a d'autre part posé de gros problèmes financiers à la famille, et elle doit stopper ses études.

A 19 ans, déception sentimentale. C'est elle qui refuse le mariage, en raison de sa stérilité.

A 24 ans, début de multiples traitements psyhiâtrique (hospitalisation et séjours successifs en maison de repos psychiâtrique, à Angers, dans les Pyrénées etc ... 1ère T.S à 15 ans, on envisage alors un séjour à la Vèrrière, qu'elle va attendre plusieurs mois.

Et cette 2ème T.S., qui l'amène à F. WIDAL, est en quelque sorte un appel au secours, devant cette attente qui se prolonge.

Dans ce contexte de névrose grave, ce qui frappe c'est "l'absence d'objet". Même après plusieurs jours d'hospitalisation, sous traitement d'ANAFRANIL en perfusion + NIZINAN, en attendant

le transfert à La Vêrrière, elle reste extrêmement déprimée. Sans aucun investissement, son seul désir est "d'être suivie par des psychiâtres", son désir s'arrête là.

Après 3 semaines dans le service, elle est cependant beaucoup mieux, il n'y a plus que quelques jours d'attente à La Vêrrière, on la laisse sortir, sous contrôle du frère, qui cesse son travail pour quelques jours.

3ème T.S. , 5 jours plus tard : absorption massive de barbituriques qu'elle s'était procurés avec de vieilles ordonnances, dans plusieurs pharmacies, et qu'elle a absorbés en dépit de la surveillance du frère, avec cette fois, nous dit-elle, la conviction d'aller "jusqu'au bout de son geste". Elle avait d'ailleurs cette fois, écrit des lettres à tous les membres de la famille.

Certes on peut se reprocher de l'avoir laissée sortir ces quelques jours, mais le pronostic reste extrêmement réservé. Elle attend tout de ce séjour à La Vêrrière (dont l'indication même reste à discuter d'ailleurs). Et on peut imaginer qu'un échec du traitement entraînera une 4ème T.S., encore plus grave.

. . .
. . .

OBSERVATION N° 3 : C ... L ... 26 ans, étudiante en Médecine, célibataire, 1ère T.S. par ELAVIL + ANAFRANIL (doses inconnues) absorbés après avoir téléphoné à sa mère et à une amie médecin.

Fille unique, d'un père célèbre, qui ne l'a pas

reconnue, qui est décédé 4 mois avant la T.S. décès qu'elle apprend par les journaux. A eu une éducation très religieuse. La mère s'est peu occupée d'elle. Vit seule depuis 2 ans. A été très déprimée lors du décès du père. A consulté un psychiatre, qui a essayé sans succès , diverses médications.

Actuellement vit très isolée sans lien amicaux ni sentimentaux (a eu une déception récente). Travaille beaucoup. Rationnalise d'ailleurs autour de ce travail "je suis fatiguée

Au cours de l'hospitalisation, on prescrit DOGMATIL et THERALENE. On n'établit pas une vraie relation avec elle. Elle banalise son geste, qui a d'ailleurs libéré une part de son anxiété et fait disparaître passagèrement la dépression. Elle réclame sa sortie. L'amie médecin que nous avons vue également nous demande elle aussi sa sortie, proposant de l'aider à trouver un psychothérapeute. Elle sort donc prématurément, en signant sa pancarte.

2ème T.S. 2mois plus tard : 10comprimés MUSTAPHENE, 2 comprimés LUMINOX, 4comprimés SONUCTANE, 2 comprimés ANTALVIC absorbé là encore après avoir téléphoné à son amie médecin. Elle nous dit avoir stoppé au bout de 15 jours son traitement de DOGMATIL, avoir vu une fois un Psychanalyste qui l'a confié à un collègue.

Elle a repris surtout son travail, préparant ses examens, se sentait fatiguée, anxieuse, déprimée, Mais elle banalise toujours autant son geste, est toujours aussi peu accessible à une psychothérapie, elle verbalise mal, le contact reste superficiel, elle refuse le traitement de manière assez

agressive. Elle accepte cependant un transfert en clinique psychiatrique, proposé par le psychanalyste qui l'avait vu 1 fois.

Au total : là encore, la récidive proche n'a pas surpris. Le pronostic est mauvais, ce qui domine ici, est qu'en fait elle n'a nulle part pu établir de véritable relation thérapeutique, qu'elle arrivera peut-être à établir en clinique. La récidive peut être considérée comme un bon geste, qui a permis cette fois ce transfert en clinique.

Il faut noter que chaque fois, elle avait téléphoné à son amie. Elle ne peut verbaliser son angoisse, et chaque fois son geste suicidaire est ^{un} acting out.

Chez ces 3 sujets : le pronostic tant immédiat que lointain, dès la première hospitalisation, était réservé, et si la 2ème T.S. a permis une meilleure prise en charge psychiatrique, même avec celle-ci, on ne peut garantir l'avenir, qui reste très fragile. Une nouvelle tentative est encore très possible.

Nous n'insisterons pas sur le cas particulier des Mélancoliques, où là, le fait même de porter ce diagnostic implique le risque majeure de suicide.

Là, récidive n'est pas échec, elle ne surprend pas. Même les réanimateurs l'admettent.

Il est de notre rôle d'ailleurs de prévenir les familles du risque de récidive.

Cependant, même une surveillance attentive ne saura pas toujours éviter le passage à l'acte lors d'un raptus anxieux, tant est grand le besoin de mort, le camouflage des mélancoliques pour tenter cette mort.

Nous avons vu un exemple où ce risque est particulièrement fort.

OBSERVATION N°4 : Mme F ... Antoinette 40 ans;

Il s'agit d'une mélancolique, suivie depuis 2 ans pour alternances dépressives et excitatives par un psychiatre en ville.

Elle est hospitalisée à F. WIDAL lors de sa 2ème T.S. par doses massives de : DORMOPAN 40 comprimés, ANAFRANIL 100 comprimés, NOBRIUM 2 boîtes (1ère T.S. 1 an avant).

Dans le service, elle se montre agressive, refusant de parler, "j'ai mon psychiatre". Nous envisageons de toutes façons de la transférer rapidement dans la clinique psychiatrique qui l'a déjà prise en charge 2 fois, c'est le mari qui nous apporte des notions sur le risque, important chez elle de récidence : ils ont 5 enfants. Il vit dans la crainte perpétuelle qu'elle ne recommence, c'est lui qui lui donne son traitement, mais elle camoufle sans cesse, essaie d'accumuler. Elle est par exemple allée acheter 2 tubes d'ANAFRANIL chez le pharmacien 2 jours après qu'il y soit allé. Le pronostic est mauvais. Et il est évident qu'on ne

peut proposer à ce mari inquiet, l' internement définitif de sa femme, qu'il ne souhaite pas, et qui d'ailleurs ne la protégerait pas forcément.

— Un autre exemple de mélancolique, où nous ne citerons cette fois que la lettre du mari. Mari qui n'avait pas voulu croire notre pronostic, et avait refusé l'hospitalisation dans un service fermé de psychiatrie. Cette lettre, assez bouleversante, écrite après une récurrence, mortelle cette fois, de sa femme, nous la faisons lire quelquefois à des familles qui veulent signer la pancarte, sans toujours se rendre compte quelle responsabilité elles prennent.

Nous ne citerons que des extraits :

"Je me sens grandement coupable de ne pas avoir écouté vos conseils, quand vous préconisez son hospitalisation en psychiatrie à la Salpêtrière J'ai cru à la vertu guérissante du milieu familial et j'ai provoqué stupidement sa disparition, je n'ai pas d'excuses à invoquer, vous m'aviez prévenu Lundi j'ai dû m'absenter pour affaires et au retour, l'irréparable était accompli. Ma femme avait mis fin à ses jours en absorbant 75CL d'ALCOOL de pays à 60°"

"Vous aurez, hélas, encore à conseiller des femmes et des hommes dans des circonstances semblables, je vous en conjure, soyez encore plus insistant pour obtenir leur consentement à un traitement que vous estimez nécessaire".

Certes, dans le cas présent, le dénouement final eut probablement été le même. Mais cette lettre fait réfléchir certaines

familles dans les rares cas où nous l'utilisons, et permet parfois qu'elles acceptent l'hospitalisation.

.

. . .

Dans d'autres cas de récidives à brève échéance, le pronostic lointain peut être bon, ou incertain mais avec une possibilité de prise en charge efficace.

Mais c'est la récidive qui, une fois de plus permet cette prise en charge, qui avait été refusée, ou pas encore possible la 1ère fois, la récidive étant un appel non verbalisé à une reprise en charge dans le service.

OBSERVATION N° 5 : Mr G ... Jean-Claude 28 ans, décorateur d'intérieur.

Marié, 1 fille de 3 ans à laquelle il est très attachée. Réclame le divorce, ce qui a déclenché une T.S. chez sa femme, que nous avons eue dans le service 1 mois avant lui. Il nous avait alors confirmé son intention ferme de divorcer, et avait un comportement de fuite envers sa femme hospitalisé.

Pendant que celle-ci est en maison de repos spécialisée il fait une 1ère T.S. par TRANKENE + LAROXYL. Hospitalisé dans la salle de Médecine du service voisin, nous le "récupérons" dans l'Unité Psychiatrique, nous sentant concernés par ce couple.

Biographie : Enfant de l'Assistance Publique.

Abandonné à sa naissance, placé dans plusieurs collectivités, il n'a jamais connu ses parents, nous parle de son père comme d'un "bon à rien", sans domicile fixe et sans profession.

A 16 ans, il a eu l'adresse de sa mère mais n'a pas osé franchir la porte de l'immeuble, et à 18 ans la 1ère fois qu'il l'a vue, elle venait lui réclamer de l'argent.

Quand il s'est marié, il nous dit avoir d'abord trouvé une belle famille plus qu'une femme.

Au cours de son 1er séjour, il parle surtout de ses problèmes financiers, de son surmenage professionnel, des difficultés matérielles qu'entraîne le divorce, il aborde assez peu ses difficultés sentimentales et sexuelles.

Il banalise son geste, rationalise autour de tous ces "soucis", et réclame sa sortie. Il veut reprendre son travail.

Il sort prématurément, quoique mieux, après 6 jours d'hospitalisation seulement, confié à son médecin traitant.

2ème P.S. 10 jours plus tard par : LAROXYL 120 comprimés ANAFRANIL 1 tube, RIXAPEN 1tube. Il avait averti ses amis qu'il partait en voyage, sauf une , qui l'a découvert.

Il est cette fois-ci beaucoup plus déprimé, moins "sous tension" que la fois précédente, à la fois plus angoissé et plus accessible.

Il reconnaît être sorti trop tôt, n'être pas allé voir son médecin. Il accepte cette fois-ci une hospitalisation prolongée, ce qui permet d'entreprendre une chimiothérapie par perfusion d' ANAFRANIL + NOZINAN à fortes doses.

Il va cette fois-ci verbaliser beaucoup mieux ses problèmes.

Il accepte de commencer une psychothérapie avec la psychologue-psychanaliste qui vient travailler dans le service.

Il aborde mieux son problème de carence paternelle infantile, son insatisfaction dans les relations féminines successives. Il a pris conscience de l'absence de couple réel avec sa femme lors d'une liaison il y a 1 an, où il avait trouvé dialogue et compréhension. Mais la jeune femme, allemande, était repartie dans son pays, et il eut par la suite des liaisons successives et insatisfaisantes tant sur le plan sentimental que sexuel.

Au cours de 2ème séjour, il confirme son intention de divorcer, et après une phase de somatisation coïncidant avec le début de la prise en charge psychothérapique, et qui va durer une semaine, il passe par une phase de mieux net, puis va commencer à développer un état revendiquant paranoïaque envers son beau-père dans une relation, persécuté-persécuteur, avec une dimension, homosexuelle sur le plan inconscient. Il faut noter d'ailleurs que la réciprocité est vraie chez le beau-père, qui fait effectivement tout ce qu'il peut pour créer des ennuis à son gendre.

Au total : dans ce tableau de névrose grave en décompensation actuelle, la 2ème T.S. a permis une acceptation du traitement, chimiothérapique et psychothérapique, et le pronostic lointain peut être bon, quoiqu'on puisse émettre des réserves en raison de l'évolution paranoïaque constatée à la fin du séjour.

Il est sorti au bout de 5 semaines, bien continuant à venir en consultation. Sa femme, elle, avait été confiée au dispensaire O.P.H.S. à son retour de maison de repos.

Mais au dernière nouvelle, 1 mois après sa sortie, il semble qu'il ait cédé à la pression de sa belle-famille, et repris la vie conjugale.

Un dernier exemple où, là encore la T.S. signifiait une demande non verbalisée de reprise en charge dans le service :

OBSERVATION N°6 : K ... Catherine 16 ans, 1er séjour dans le service pour une deuxième T.S. (la 1ère à 15 ans) par COLCHICINE 40 mg + 40 comprimés de CORVERUM.

Biographie : Elle a perdu sa mère très jeune. Le père est remarié, elle s'entend très mal avec la belle-mère. Elle est surtout élevée par les grands parents qui logent dans la maison voisine.

En classe de 3ème, elle prépare le Brevet. D'intelligence vive, supérieure à la moyenne, elle sous-estime ses possibilités intellectuelles.

Un séjour assez long dans le service, en raison des problèmes somatiques dus à l'intoxication, a permis qu'elle verbalise peu à peu ses problèmes. Mais elle a toujours gardé une certaine réticence, ("vous me faites peur"), une attitude défensive avec une façade subexcitative et trop à l'aise dans les

moments où elle était le plus angoissée. Chez cette adolescente névrotique, il s'agit essentiellement d'un problème oedipien, envers ce père à la fois si proche et si lointain. Elle n'accepte pas encore la psychothérapie proposée. Nous confions cependant à son médecin traitant le soin de trouver un psychiâtre à son retour de maison de repos. En laissant à Catherine la possibilité de revenir nous voir dans le service.

Elle part donc en maison de repos simple d'adolescents, où elle va rester 3 mois, où nous dira-t-elle, elle s'est beaucoup ennuyée.

Elle est revue dans quelques jours après son retour à la consultation du psychiâtre du service. Son père l'accompagne. Elle a pris 10Kg est assez figée, dit aller bien.

3 jours plus tard, 3ème T.S. par NOBLIVON une dose faible (quelques comprimés). Son 2ème séjour à Lecorché va lui permettre de verbaliser son malaise, ce qu'elle n'avait pu faire à la consultation. En fait, elle n'allait pas bien, mais "n'avait pu arriver à le dire". Depuis son retour, elle se sentait très seule chez elle, avec son père toujours absent, la grand-mère très interdictrice l'empêchant de sortir, avec toujours les mêmes problèmes de rivalité affective envers la belle-mère, et de quête affective énorme envers le père. Elle nous parle de sa difficulté à se confier, de sa sur compensation dans les périodes de désarroi, par une hypersthénicité (elle "fait le clown"), une boulimie.

Elle est cette fois un peu plus accessible. Dit "être bien chez nous".

Mais cette 2ème T.S. est d'assez mauvais augure, car justement elle se sent trop bien chez nous, et n'arrive pas encore à verbaliser ses conflits et son angoisse, malgré la relation établie lors d'un 1er séjour long.

On peut se demander si elle ne réitérera pas encore son geste, sans beaucoup progresser.

Elle a été cette fois envoyée en maison de repos diététique, car son poids devenait un réel problème pour elle.

Au total et au terme de ces quelques exemples nous pouvons donc constater, (avec la réserve bien sûr que nous perdons de vue la plupart des sortants) que les récidivistes sont en règle soit des sujets chez qui le pronostic était mauvais, avec une affection psychiatrique grave, ou alors soit des sujets où le pronostic était incertain, mais où la récidive est un appel à une reprise en charge, qu'il y ait eu échec de la relation, ou qu'il y ait eu relation mais difficulté persistante de verbalisation. Nous évoquerons plus loin d'ailleurs d'autres exemples de sujets plus psychopathiques ayant établi une bonne relation avec le service et qui reviennent de temps à autre, soit spontanément soit par l'intermédiaire d'une récidive peu grave somatiquement. Et le problème se pose parfois de savoir si nous leur rendons service en les reprenant chaque fois dans notre salle des post-comas.

. . .

C) - FONCTION LÉGALE SUICIDE

Il s'agit en effet d'avoir une action thérapeutique sur le sujet lui-même et sur son entourage.

-1°) - Fonction chimiothérapique

Instituer un traitement chimique en cas de dépression ou de délire, en sachant que toute T.S. n'est pas justiciable d'un traitement antidépresseur.

La dépression est avant le geste, la dépression étant prise dans son sens psychanalytique en tant que perte d'objet, perte d'amour, sentiment de frustration.

Nous ne reprendrons pas les diverses étiologies exogènes ou endogènes de la dépression. Disons simplement toutes que ne relèvent pas d'une chimiothérapie.

Que d'autre part chez certains psychotiques le geste suicidaire entraîne une résolution de l'angoisse et de la dépression, et le malade est effectivement "bien" après sa T.S. Là, un traitement antidépresseur est inutile. Il faut reprendre seulement l'éventuel traitement antipsychotique qui était en cours.

Dans une psychose délirante chronique, il peut s'agir d'un suicide réactionnel à un délire de persécution, et un antihallucinatoire sera plus approprié qu'un antidépresseur, (en sachant cependant que l'HALOPERIDOL peut induire un syndrome dépressif).

Chez les Schizophrènes "guéris" ou très améliorés,

il faut connaître le risque de dépression et de tentative de suicide, et là le traitement antidépresseur est indiqué. C'est en effet au moment où justement ils vont mieux (donc ont des problèmes de réinsertion sociale et affective) qu'ils se dépriment et s'angoissent. Ce problème a été constaté par les Psychiâtres de la clinique des Etudiants à Sceaux.

Dans les dépressions telles que celles qu'on a évoquées plus haut dans le groupe IV, le simple fait d'être hospitalisé quelques jours dans le service et d'être écouté, suffit à faire disparaître la dépression.

A l'inverse, dans la mélancolie, ou dans les dépressions névrotiques avec dépression réelle, une chimiothérapie est indispensable. Elle permet notamment dans le dernier cas, le réinvestissement et facilite l'abord psychothérapique.

Nous utilisons une gamme variée, dont nous ferons un bref rappel, avant de développer plus particulièrement deux médicaments que nous utilisons fréquemment la perfusion d'ANATRANIL et le DOGMATIL.

Quels sont les médicaments dont nous disposons ?

- 1) Des antidépresseurs vrais ou thymoanaleptiques qui ont une action véritablement thymique :

a) les dérivés de L'IMINODIBENZYLE, dont le prototype est l'IMIPRAMINE (TOFRANIL)

b) les dérivés du DIHYDROBENZOCYCLOHEPTADIENE : type LAROXYL

- 2) Des I.M.A.O (IPRONIOXIDE - MARSILIOX) : en fait que nous n'utilisons pas car trop dangereux.

- 3) Des tranquillisants

- 4) Des psycholeptiques ou psychotoniques,
(exerçant une action stimulante centrale).

.

. . .

- 1) - Les antidépresseurs ou thymonaleptiques :
soit d'action pure : -IMIPRAMINE (TOFRANIL) : le plus incisif
-surtout CHLORIMIPRAMINE (ANAFRANIL) : le plus
utilisé
-DESMETYLIMIPRAMINE (PERTOFRAN) : quand l'aboulie
l'apragmatisme sont marqués.

soit d'action complexe : antidépressive plus sédatrice

-SURMONTIL (Mais une expérimentation du SURMONTIL
en gouttes dans le service en 1969 n'a pas été concluante).

LAROXYL : que nous employons très souvent dans
les dépressions névrotiques peu sévères, et qui est facile à employer
en ambulatoire, précieux par son effet sédatif associé.

-ELAVIL, PSYCHOSTIL.

Enfin citons également :

-le NOVERYL

-l'INSIDON.

Il faut bien sûr surveiller les effets secondaires
de ces médicaments (sécheresse de la bouche, hypo T.A. orthostatique)

- signes extrapyramidaux, dysurie).

Surtout il faut toujours associer les dérivés IMIPRAMINIQUES à des anxiolytiques. Car un des risques de ces drogues est, on le sait, la levée de l'inhibition, et le passage à l'acte lors d'un raptus anxieux.

Selon l'état du sujet et le moment, on utilise : NOZINAN à doses variables, surtout VALIUM, NOBRIUM, TRAUXENE surtout chez l'adolescent. Nous utilisons aussi le MELLERIL, qui a un effet anxiolytique, sédatif, notamment chez les psychopathes et les schizophrènes.

Enfin, souvent s'ajoute une couverture hypnotique (théralène, mogadon, barbituriques etc ...)

- 3) - Les tranquillisants :
surtout EQUANIL.

- 4) - Les Psycholeptiques :
en fait un peu employés dans le service :

-TIMODYNE,

-ACTEBRAL,

-LIDEPRAN.

Au terme de cette énumération, il faut bien sûr souligner qu'il s'agit seulement d'un traitement symptomatique, et qu'il faut bien sûr essayer de comprendre et de soigner

l'origine des troubles. Et que d'autre part, la seule prescription ne suffit pas : la relation est très importante. C'est par elle que passe la prescription.

Nous développerons plus longuement deux médicaments, que nous utilisons souvent dans le service, dans les cas où ils sont indiqués :

-1'ANAFRANIL : souvent débuté en perfusion (1ampoule + 1ampoule VALIUM + 1ampoule HEPTAMYL dans 250 cc de glucosé isotonique), perfusion qui dure environ 3 heures.

Outre l'effet antidépresseur, la perfusion a un effet sédatif certain (le malade "se sent bien") où il faut tenir compte de la régression apportée par le fait d'être sous perfusion, materné par l'infirmière qui pose le flacon, on s'occupe de lui, de son corps.

L'effet spectaculaire en 2 à 3 jours souvent de ce traitement, permet d'amorcer la prise en charge psychothérapique, tout en continuant l'ANAFRANIL par voie buccale, associé bien sûr à un auxiolytique et avec la surveillance habituelle.

Dans les cas où l'effet apaisant, sédatif, est marqué, où l'effet antidépresseur est moins rapide, où le malade réclame en quelque sorte sa perfusion, il nous arrive de la prescrire pendant 8 - 10 jours, avant de passer à la voie buccale.

Plus rarement, mais cela est parfois indiqué le TOFRANIL I.V. est aussi employé.

Un autre médicament, souvent efficace sur la thymie

dépressive et l'inhibition psychomotrice est : le DOGMATIL fort ou SULPIRIDE.

Nous l'utilisons notamment chez les adolescents prépsychotiques, quand le blocage et l'inhibition sont importants. Débuté par voie I.M., 2 à 3 jours, il est continué par voie orale, en surveillant l'apparition éventuelle de troubles du sommeil. Il a l'avantage d'être très bien toléré sur le plan extrapyramidal.

- 2°) - Outre ce rôle chimiothérapique, le psychiatre et l'équipe psychiatrique ont une fonction psychothérapique.

-a) sur le sujet,

-b) sur sa famille, son environnement.

- 3°) - Avec parfois la fonction de l'insérer ou le réinsérer socialement, c'est là qu'intervient l'Assistante Sociale, qui conditionne l'efficacité de la psychothérapie et de la sociothérapie.

2°)-a) Sur le sujet :

Avant tout, c'est percevoir l'appel et intégrer cet appel.

L'hospitalisation bénéficie de circonstances propices : le décours immédiat du geste suicidaire est une période aiguë, très mobilisable, et donc particulièrement féconde et privilégiée où le sujet peut arriver à verbaliser ses conflits, ce qu'il ne pouvait faire hier, ce qu'il ne pourrait plus faire demain s'il n'était pas écouté.

Ce moment est bref, il faut le saisir. Il est très fréquent en effet d'entendre nos patients nous évoquer, dans les semaines ou jours précédant la T.S. des appels mal verbalisés et non entendus. La T.S. étant alors un "acting out", c'est à dire

/ 4i on prend la définition psychanalytique, l'impossibilité d'expression verbale et le recours à l'expression non verbale, avec la notion d'irrésistibilité.

Ce langage par l'action peut prendre d'autres formes les jours précédant la T.S. : la consultation médicale étant une de ces formes.

Souvent le médecin n'entend pas l'appel, soit qu'il ne puisse assumer son angoisse, soit qu'il soit débordé, n'ayant que 5mn pour faire un examen somatique, une ordonnance, se décharger en somatisant.

Cet intermédiaire médicament n'est pas toujours perçu comme un refus, quelquefois le médecin-médicament est le bon objet qui guérit tout, une certaine relation s'est établie.

Ailleurs la prescription est perçue.

Ils ont extériorisé un conflit, ils reçoivent en échange un nouveau calmant qu'ils ne prendront pas, ou un médicament perçu comme "mauvais objet", avec absorption massive de l'ordonnance, tentative d'assimilation et de destruction de cet objet.

Ailleurs, le sujet a voulu consulter, mais son médecin ou son psychiatre était absent, ou en vacances, ou il s'agissait d'un remplaçant. Ailleurs, il a pensé à consulter mais

il n'a pas osé ; sa dépression et son inhibition névrotique étant trop forte pour qu'il puisse franchir le pas vers le thérapeute.

Exemple : B ... Bernard 23 ans, étudiant en Histoire de 1ère T.S. par absorption de : somnifères l'Art au Moyen Âge

Orphelin de père (décédé d'un infarctus la veille de sa communion solennelle, ce qui a provoqué chez lui un sentiment profond de désarroi et d'injustice, et des préoccupations mystiques. Il dira ensuite de son geste : "Je voulais mourir pour rejoindre mon père". Abandonné par sa mère.

Vit chez un oncle et tuteur, marié, qui constitue une bonne image paternelle, forte et compréhensive.

Au cours des entretiens, il fait lui-même l'analogie entre la période de malaise et d'anxiété ayant précédé la T.S., et le malaise qu'il avait plusieurs mois auparavant lorsque s'étaient manifestés des tendances toxicomaniaques. Il avait cessé celles-ci assez vite, de lui-même, aidé par son oncle. Mais il n'avait pu franchir le pas vers le thérapeute : "mon oncle me l'avait conseillé, je n'ai pas pu, je n'ai pas osé".

La T.S. actuelle : le séjour à F. WIDAL puis en maison de repos psychiatrique, lui a permis de verbaliser ses problèmes existentiels, ses troubles relationnels parentaux, notamment paternels, et cette fois d'accepter une psychothérapie ambulatoire, qu'il a commencée dès son retour à Paris.

D'autres patients nous ont dit également "je n'ai pas

osé", ou "j'avais honte", ou encore, il y a eu possibilité de verbalisation, mais elle n'a pas été entendue :

Exemple : Mme L ..., 45 ans :

"J'avais demandé à mon médecin, il y a quelques mois, s'il ne faudrait pas que j'aille voir un psychiatre, il m'a répondu en riant : "Vous n'êtes pas folle".

Ailleurs le médecin croyant bien faire a donné un arrêt de travail. Mal informé en matière de suicidologie, il n'a passaisi le processus de rétrécissement du champ relationnel, pré-suicidaire. Et il faut savoir que dans les états dépressifs traînants de personnalités névrotiques, il est important parfois de ne pas faire d'arrêt de travail : il vaut mieux engager le sujet à poursuivre le plus longtemps possible ses activités, sinon on renforce son sentiment de dévalorisation, et il est inactif, isolé, seul avec ses idées de T.S.

syndrome

RINGEL (à Vienne) appelle cette phase: pré-suicidaire syndrome
ou de désengagement avec restriction du champ de la personnalité
-inhibition de l'agressivité, avec impossibilité
de retourner les agressions sauf contre soi-même
-fuite vers les fantasmes de suicide,
phase qui précède le passage à l'acte.

Pour LITMAN (Los Angeles), il s'agit plutôt d'un potentiel suicidaire latent, qui éclate au cours d'une crise, pendant laquelle directement ou indirectement le sujet suggère à son entourage son idée de suicide et modifie son comportement

habituel, ce qui aurait dû alerter (le film CRY FOR HELP, réalisé par le centre de Prévention du suicide de Los Angeles)

C'est à cette phase importante que tout se joue, un conflit mal résolu, une situation nouvelle brusque, être mal écouté et c'est le passage à l'acte. La subintentionnalité devient intention véritable.

Or il faut savoir que 95% des gens qui ont cette subintentionnalité, ne veulent pas réellement mourir, 5% finissent par y arriver quoi qu'on fasse.

Devant ce pourcentage important, on conçoit donc que le 1er temps de la prévention consiste donc à écouter qui est déprimé.

Si le sujet n'a pas été écouté, entendu, il passe à l'acte : la T.S., ce qui permet l'intervention.

Il faut cette fois ne pas passer à côté de l'appel : c'est ce qu'on nomme aujourd'hui la "post-vention".

Première fonction psychothérapique donc du psychiatre lors d'une T.S. : percevoir l'appel parce qu'il se trouve sur sa trajectoire.

-b) 2ème fonction va être d'aider le sujet à prendre conscience de la signification de cet appel, et l'amener à verbaliser, l'aider dans une maturation du passage à l'acte à la verbalisation.

Il sera alors beaucoup plus accessible à une psychothérapie.

Comme nous a dit un jour un de nos patients

M... Jean-claude, au bout de plusieurs entretiens : "c'est terrible de penser qu'il y a tant de gens qui sont obligés d'en arriver là pour parler".

Ailleurs, ce peut être la prise de conscience d'une somatisation, d'une banalisation, alléguant la fatigue le "surmenage", fatigue qui est ici un sentiment de dépression.

Exemple : Melle L ... 45 ans, célibataire, vit chez sa soeur à Paris, 1ère T.S. par absorption de somnifères. Se dit fatiguée, "je suis toujours fatiguée", est ce que vous croyez qu'un jour je ne serai plus fatiguée ?". Plusieurs entretiens l'amènent peu à peu à dépasser cette asthénie névrotique, et à verbaliser son ennui, ses inhibitions, son angoisse de l'avenir, à prendre conscience du rétrécissement de sa vie. N'a jamais vécu seule, ne le supporte pas à habiter chez ses parents à Nantes, puis s'est occupé de sa mère malade et veuve, a ensuite vécu chez un frère, chez une soeur. Depuis 3 ans, vit maritalement avec un divorcé, qui la demande en mariage. Elle le connaissait depuis longtemps, mais culpabilisait beaucoup cette liaison vis à vis de sa famille.

Elle en parle avec peu d'affectivité, elle l'a quitté il y a quelques mois pour venir chez sa soeur à Paris chercher du travail qu'elle espère plus facile qu'à Nantes, en attendant de réfléchir à cette demande en mariage. Elle finit par dire : "j'ai peur de me marier, de m'engager".

A la fin du séjour ici, elle envisageait de

retourner à Nantes, acceptait l'idée d'une prise en charge psychothérapique avec cependant encore beaucoup de résistance, et nous reparlant par moment de "cette fatigue". De F. WIDAL, elle est allée 1 mois en maison de repos spécialisée, dont nous avons reçu de bonnes nouvelles.

Deuxième-exemple : Melle C ..., 35 ans, célibataire, vit chez ses parents, 2 soeurs, 1 mariée, l'autre vit seule, c'est elle que nous verrons et qui représente l'élément familial coopérant.

Les premiers entretiens, Melle C ... n'aborde que sa fatigue du long trajet quotidien qu'elle a à faire pour aller à son travail. Elle aussi rationalise autour de sa fatigue. Elle refuse de nous parler d'elle, de sa famille, "tout va bien", alors que nous savons par la soeur qu'il existe une grave mésentente avec les parents, qu'elle a de multiples aventures sexuelles, avec des déceptions, qu'elle a perdu une petite fille il y a quelques années d'une tumeur au cerveau, ce qui l'a beaucoup perturbée. La soeur décrit des comportements même assez inquiétants : elle cache des poupées sous son lit, joue avec elles. Au bout d'une semaine, Melle C ... se défend, commence à verbaliser ses problèmes, notamment familiaux, sa dépression lors du décès de sa fille, elle reste très évasive sur ses problèmes sentimentaux. Elle parle de son inhibition, de son malaise avec les gens, "je suis timide" "je suis seule, je n'ai pas confiance en moi", d'accord pour une

psychothérapie. Elle aussi nous l'envoyons en maison de repos spécialisée, où elle part d'ailleurs avec Melle L, hospitalisée en même temps, celle-ci ayant demandé à ne pas voyager seule.

Nous demandons à Melle C ... de revenir nous voir au retour de la maison de repos. En fait pour elle nous aurons une surprise : la psychiâtre de la maison de repos, nous écrit qu'il avait cru lui aussi à une dépression névrotique. Mais quelques jours avant son départ, il semble qu'il s'agisse d'un délire érotomaniac.

La soeur a pris contact avec nous au retour de la maison de repos, et nous avons adressé Melle C ... à un psychiâtre de l'Hôpital de son secteur (Lagny) que nous avons prévenu, car la continuité de la prise en charge est cette fois particulièrement importante.

.

.

. . .

Mme R ... Michèle 32 ans, 1ère T.S. 20 comprimés
de BARBIGAN.

Nous avons reçu nous même cette malade aux urgences médecine, et selon la technique habituelle, elle avait été dirigée vers la salle du rez de chaussée. Mais nous avons vu le futur mari, et sentions qu'il fallait faire quelque chose. Aussi l'avons nous en quelque sorte "récupérée" à Lecorché le lendemain, au moment où elle s'apprêtait à sortir, car le R.V. pour Henri ROUSSELLE

n'était prévu que 3 jours plus tard.

Elle commence par banaliser énormément son geste. Lors d'un 2ème entretien, elle aborde ses problèmes ; divorcée, elle va épouser bientôt un divorcé. A eu des problèmes avec le fils de son futur mari pendant les vacances, a des problèmes avec sa mère, a surtout un grand désir de maternité, se demande si elle n'est pas stérile. Elle a une forte bouffée émotionnelle (larmes et rougeur du cou) en évoquant ce problème de maternité. Le lendemain, elle s'est reprise, à nouveau tout va bien, elle veut sortir, aller "dans le midi". Mais elle a une ascension thermique à 40° qui va durer une journée, le lendemain elle à 37° les examens complémentaires ne montrent aucun signes infectieux, et 3 - 4 jours plus tard, le jour de sa sortie, elle nous demande un entretien, elle est à nouveau accessible, aborde son problème d'obésité (discrète), sa tendance boulimique, son anxiété, sa tendance à abuser des médicaments, son sentiment de malaise avec conscience de ne pas s'extérioriser, son problème gynécologique. Nous lui donnons l'adresse du dispensaire O.P.H.S. et d'une consultation de gynécologie.

D'autres cas, fréquents, de banalisation et où un séjour de quelques jours à Lecorché est très positif, sont ceux où le sujet a pris 8 à 10 comprimés, "pour dormir". Il s'agit de gens prenant depuis des années des somnifères, qui n'ont jamais recherché le pourquoi de leur insomnie, et qui un jour par une

sorte "d'automatisme toxique, en^{ont}trop pris, le geste recouvrant une subintentionnalité de suicide.

Ces gens sont difficile à garder hospitalisés, banalisent leur geste, veulent sortir, mais quand nous arrivons à les garder quelques jours, aidés par dessédatifs légers, nous pouvons les aider à prendre conscience du fait que, comme par hasard au moment où ils ont eu cet "accident", ils sont en pleine période conflits, qu'ils sont angoissés, souvent en dépression latente depuis quelques mois. Et, comme par hasard aussi, ces gens insomniaques depuis des mois, dorment et deviennent accessibles à une aide psychothérapique, qu'ils acceptent souvent réellement.

La fréquence avec laquelle nous retrouvons dans les antécédents des sujets qui font une T.S. consciente, d'une prise antérieure excessive de plusieurs comprimés "pour dormir", justifie la prévention dès ce geste subintentionnel.

Ailleurs, le séjour à l'U.P. permet, à l'occasion de la T.S., la prise de conscience de troubles jusqu'alors somatisés et une réorientation du traitement, une accessibilité à la psychothérapie.

- c) Démystification du psychiatre

La pluralité de l'équipe, son attitude d'écoute bienveillante, facilitant les communications interaffectives, l'effet d'apaisement immédiat, l'espoir de voir améliorés ses problèmes, démystifient l'idée du psychhiâtre.

Et ce travail d'approche des premiers entretiens est

très important car ils constituent une expérience vécue, une illustration de la psychothérapie qui sera proposée ensuite.

Plusieurs jours sont nécessaires souvent pour que le sujet ait pris conscience que les entretiens l'ont aidé.

Cetravail d'amorce psychothérapique est très important, il s'agit d'exploiter la situation privilégiée de l'urgence en vue d'obtenir l'adhésion du sujet à un plan de traitement ambulatoire, quand une psychothérapie est indiquée.

Il faudra parfois prendre le prétexte d'un E.E.G. à refaire, ou d'une ordonnance à contrôler, pour revoir ce malade, afin que peu à peu la psychothérapie puisse se substituer à la médication.

Nous venons de voir la fonction psychothérapique sur le sujet lui-même, non moins importante est celle sur la famille et l'entourage.

- 2°) - L'intervention de l'équipe au niveau de l'entourage.

Nous voyons beaucoup les familles à l'Unité Psychiâtrique. En effet, pour l'entourage aussi c'est une période aiguë, mobilisable, qui permet une relation intense, là aussi avec le thérapeute.

Le geste suicidaire entraîne une remise en question des valeurs.

Nous demandons à voir systématiquement au moins

un membre de la famille ou de l'entourage direct du sujet.

Moment qui doit venir en son temps, pas trop tôt : les quelques jours qui suivent le geste sont très féconds, par l'angoisse même qu'il a suscité, et la famille arrive au psychiatre souvent déjà mobilisée, ayant réfléchi au problème. Plusieurs nous le disent d'ailleurs : "Je me suis posé beaucoup de questions ces jours-ci."

Il ne sert à rien donc de voir trop vite une famille, et le personnel de réanimation a parfois fort à faire lorsqu'il s'agit de répondre à certaines familles affolées téléphonant quotidiennement soulageant^{ainsi} leur culpabilité.

Une certaine barrière est utile au début non seulement sur un plan aseptique somatique mais aussi sur un plan psychologique, on pourrait presque employer le terme d'"asepsie psychologique". est importante. Nous avons remarqué que lorsque nous faisons des exceptions à cette règle, pour les suicidants d'une famille de médecins par exemple, en prêtant une blouse blanche, cela créait toujours des complications.

Par contre, une fois franchie la porte de l'U.P.

tout est fait pour favoriser le dialogue, et cette opposition même de l'ambiance permet de mieux centrer le problème psychologique. Là donc, il a droits aux visites, à ses affaires personnelles (linge, objet de toilettes, livres etc ...) sauf ses vêtements de sortie seul élément coercitif mais indispensable.

La famille a R.V avec le psychiatre qui, à ce

niveau aussi, a un rôle psychothérapique selon les cas ; dédramatisation, démystification du tabou, ou à l'inverse lutte contre la banalisation en faisant prendre conscience qu'il y a en T.S., qu'il est déprimé, et qu'il ne doit pas repartir chez lui dans des conditions identiques sinon il y aura récurrence ; en faisant prendre ses responsabilités à la famille dans les cas où le sujet

veut signer sa feuille, ce qui a en outre l'avantage de permettre de gagner 24 à 48 heures : ce laps de temps suffit parfois pour que le sujet accepte le traitement. Nous utilisons en effet souvent ce procédé de dire qu'ici il s'agit d'une salle spéciale, où les gens ne signent pas leur feuille et où seule la famille peut le faire et qu'il faut patienter le temps qu'on voit la famille.

Procédé pas tout à fait exact sur un plan administratif, puisqu'il s'agit d'un service de Médecine, libre (sauf les cas exceptionnels justifiant un P.O.). Mais qui est efficace sur un plan thérapeutique et psychologique : car la famille parfois coopérante nous aide à convaincre le sujet de son besoin de traitement.

Ailleurs, c'est elle et pas le sujet qui prend les responsabilités d'une sortie prématurée.

Mais le rôle le plus fréquent que nous avons auprès des familles est la démystification du Tabou suicide, la dédramatisation, permise non seulement par les entretiens avec le psychiatre, mais par l'Institution. C'est là le point essentiel.

L'hospitalisation permet en effet un isolement

relatif, un déconditionnement et la confrontation à l'équipe médicale et infirmière, dont l'attitude vis à vis de la T.S. est plus neutre.

Cette dédramatisation permet de ne plus s'axer sur le mot suicide, permet une déculpabilisation excessive dans certains cas des parents, tout en favorisant une remise en question du contexte familial, possible à ce moment aigu, qui a bouleversé l'échelle des valeurs.

Un exemple illustrant cette démolition du Tabou, tant auprès de la famille que du médecin traitant : V ... Gilles.

OBSERVATION N° 7 : V ... Gilles, 16 ans, en terminale C une soeur, vit chez ses parents.

Père ingénieur, mère sans profession, 2ème T.S. par absorption d' ENNOCTAL 1 boîte. Il se présente les premiers jours comme une dépression grave, avec blocage intellectuel, infantilisme, immaturité affective, très fixé sur son travail scolaire, avec refus instinctuel.

Perfectionniste dans ce travail scolaire, il semble terrorisé par ses parents dans ce domaine. Il avait prémédité son geste (avait les médicaments depuis quelques jours) qu'il a accompli après avoir rangé son bureau et mis en évidence dessus sa composition de maths catastrophique.

Les parents, que nous voyons alors, plus abordables que ne le laissait supposer le récit de Gilles, nous apprennent

l'existence chez lui d'annorexie importante de 9 mois à 10 ans ayant entraîné des difficultés relationnelles avec la mère à ce sujet.

Les troubles ont débuté en 6ème, avec perfectionnisme rites obsessionnels de rangement, caractère renfermé.

Fait à souligner : la mère ne veut pas croire qu'il s'agit d'une T.S. Elle nous demande le nom du médicament. Elle ne nous croira que quelques jours plus tard, lorsque son médecin nous ayant téléphoné le lui confirmera : "je ne le croirai que si Mon médecin me le dit".

Elle ne croit pas non plus à la 1ère T.S. 2ans plus tôt. Gilles, hospitalisé alors aux Enfants Malades, n'avait d'ailleurs pas avoué cette T.S. même aux médecins. Il avait été confié à une psychothérapeute qu'il a cessé de voir au bout d'un an, quelques mois avant cette nouvelle T.S. Fait important, au terme de ce 1er entretien où nous avons eu beaucoup de mal à démystifier le Tabou "suicide" les parents acceptent de désinvestir pour cette année scolaire, la scolarité.

Evolution dans le service :

Sous perfusion d'ANAFRANIL et NOZINAN la thymie s'améliore peu à peu. Le problème se déplace : il évoque la peur de sa mère. Il a très peur de rentrer chez lui, "ma mère crie". Il découvre à l'hôpital , pour la première fois, que "la vie peut être agréable".

Il confie de plus en plus facilement ses problèmes.

s'en étonne lui-même d'ailleurs. Il nous dit n'avoir jamais avoué sa 1ère T.S. à sa psychothérapeute.

Celle-ci , à qui nous téléphonons, est d'accord pour le reprendre en charge, solution acceptée par celui-ci, et par le parents.

Les parents, devant l'amélioration assez spectaculaire de Gilles, acceptent l'idée de la pension, avec week-ends à la maison. Mais la mère se déprime, se sent dépossédée, se culpabilise. Revue seule, elle accepte l'idée de voir elle aussi un psychiatre, "mais seulement si mon médecin est d'accord".

Au total : Névrose infantile, ayant justifié une longue hospitalisation dans le service, avec plusieurs entretiens avec les parents, et à la sortie, une prise en charge psychothérapique et un éloignement du milieu familial, il faut ajouter que là, nous avons été très aidés par les parents qui ont activement recherché un Internat.

Aux dernières nouvelles, quelques mois plus tard, Gilles allait bien, travaillait bien. La mère était mieux également. Il faut signaler cependant une réflexion d'elle faite à son psychiatre, qui fait douter qu'elle ait réellement compris : "on lui a donné un sérum de vérité à Fernand WIDAL, n'est-ce-pas Docteur ?".

Dans les cas que nous gardons 2 à 3 semaines à F. WIDAL, ceux où il s'agit particulièrement d'un problème de dialogue (adolescents - parents, ou mari- femme) nous avons

recours non seulement aux entretiens successifs sujet puis famille, mais aussi aux entretiens groupant les deux, réalisant une sorte de psychodrame familial en présence des médecins s'occupant de l'intéressé.

Le dialogue s'instaure, ou ne s'instaure pas, en tout cas il se passe quelque chose, contrôlé par le psychiatre.

Il y a une prise de conscience plus verbalisée des difficultés, et dans les cas où ce dialogue s'amorce, nous les laissons alors dans cette pièce de réunion, continuer à dialoguer.

Nous avons constaté que souvent, les jours suivants, lors des visites, ils se réunissaient spontanément à nouveau dans cette pièce, pour parler, parfois étonnés de voir que ce n'était pas si insurmontable de "franchir" ce pas vers le dialogue, mais aussi constatant que cela impliquait des efforts des deux côtés.

1er exemple :

OBSERVATION N°8 : R ... Joël, 16 ans ½, apprenti pâtissier.

Première T.S. par absorption de EQUANIL, 3 frères, 1 soeur.

Le frère aîné a fait une T.S., sans plus tôt. Joël est resté presque 2 mois dans le service, des problèmes somatiques (phlyctènes graves) s'étant surajoutés.

Il s'agit d'une névrose d'adolescent avec quelques troubles du caractère, et un gros conflit familial.

Il apparaît au début assez déprimé, renfermé, buté sur des problèmes d'argent de poche, se plaignant de la sévérité de son père, de son manque de dialogue avec lui, de son désir d'habiter toute la semaine chez son patron qu'il décrit à très compréhensif.

Nous avons vu les parents plusieurs fois dont deux fois avec Joël. La situation familiale a pu progresser peu à peu. Au cours du 1er entretien, ils ignorent le motif de la T.S. Le père nous parle de son fils aîné comme d'un "dévoyé" et dans la crainte que Joël ne devienne comme lui, il s'est montré, il le reconnaît plus sévère.

Au 2ème entretien, nous décidons de les voir avec Joël, qui appréhende beaucoup cette entrevue. Il entre, très ému, avec une feuille de papier à la main, sur laquelle il a marqué ce qu'il veut leur dire, et sa première phrase, destinée au père, est "j'aurais voulu que tu m'apprennes la vie", un début de dialogue s'instaure, en présence de notre équipe. Le personnage de la mère se révèle alors très pathogène, rigide, intraitable sur des détails matériels, sans comprendre la demande réelle de Joël. Le père, lui, semble, plus remué, plus compréhensif, et cet entretien permet en quelque sorte de le restituer dans ses fonctions de père.

Il deviendra spontanément, seul, quelques jours

plus tard, beaucoup plus accessible, sans capituler de son rôle de père, ce que ne souhaite d'ailleurs pas Joël, malgré ses velléités antérieures d'émancipation. En fait, il est très soulagé de voir que le père reprend en mains la situation.

Il faut noter que le dimanche suivant, la famille R..., parents, frères et Joël s'est réunie spontanément dans cette salle, (Joël dans le fauteuil du médecin), et que la discussion, qui semblait animée, a duré longtemps, véritable psychodrame familial.

Au moment de son départ en maison de repos, la mère était un peu plus accessible, mais encore assez hostile, le père avait cédé sur quelques points (l'argent de poche, l'habitat chez le patron) et le dialogue était plus facile entre lui et Joël.

Les mois suivants, Joël est revenu régulièrement à la consultation du service. Les problèmes relationnels, avec les garçons, avec les filles diminuent, il s'est inscrit à un club de judo.

Après une nouvelle aggravation, où il est redéprimé, boit seul, veut faire des heures supplémentaires le soir contre l'avis de son père, nous faisons réintervenir le père; deux mois plus tard il va mieux.

Au total : certes, l'avenir reste assez fragile, mais ce qui est important c'est ce début de dialogue entre Joël et sa famille, son père notamment, qui a pu s'instaurer dans le service, et qui était en fait ce que réclamait Joël à travers sa T.S.

.

. . .

Deuxième exemple :

OBSERVATION N°9 : V ... Michèle, 15 ans $\frac{1}{2}$, fille unique.

Première T.S. par absorption d'un tube de NEMBUTAL
Il s'agit surtout d'un problème de dialogue avec ses parents, avec son père notamment, cette adolescente se présente comme nature, verbalisant bien ses problèmes, bien intégrée en classe, où elle est bonne élève, ayant des camarades, avec une revendication normale de sorties. Ce problème de sorties est notamment ce qui la met en conflit avec son père. Et la T.S. a suivi une dispute déclenchée à l'occasion d'une surprise-partie.

Au 2ème entretien, elle se plaint de ce que son père ne lui fasse pas assez confiance, qu'il "l'étouffe". Elle ne souhaite surtout pas que son père capitule, nous dit qu'elle serait déçue, mais souhaite plus de compréhension, plus de souplesse.

Les parents : nous apparaissent unis, la mère est la plus compréhensive, mais soutient son mari dans les conflits, quoique parfois à contre-cœur. Le père est effectivement rigide, "self made man", mais aimant beaucoup sa fille, presque trop proche d'ailleurs, et n'avait pas compris à quel point son manque de confiance l'étouffait. Il reconnaît avoir "peur des flirts éventuels pour sa fille", nous donne l'exemple de la fille d'un ami qui est devenue enceinte à 17 ans, et reconnaît avoir renforcé sa sévérité depuis. Les parents nous apparaissent en fait très accessibles dès le premier entretien.

Et l'évolution des jours suivants est très favorable, le père assouplit son attitude, un dialogue beaucoup plus riche s'instaure, Michèle sort très améliorée. Elle accepte une prise en charge psychothérapique de soutien, en ville d'autres problèmes seront à aborder, en effet (notamment son poids qu'elle trouve trop fort), mais des problèmes relevant d'une crise d'adolescence banale.

Ici le pronostic est bon. Et il faut noter qu'un des éléments de ce bon pronostic, est justement la famille, ce couple parental uni, et accessible dès le premier entretien avec notre équipe, sans démissionner pour cela de son rôle de parents.

•
•
•
— Devant les problèmes conjugaux, souvent révélateurs de conflits névrotiques anciens, ou de troubles psychopathiques, il est important de rester neutre. Nous ne sommes pas "conseillers conjugaux", mais on peut essayer d'aider le couple.

Il peut être positif de les voir tous les deux, en présence du médecin. Bien souvent, là aussi des reproches se verbalisent, mais de façon constructive, et le dialogue parfois disparu, reprend.

La solution de sortie est variable, selon les cas. Parfois une ~~ré~~opération momentanée est souhaitable pour tous les deux (nous envoyons alors l'hospitalisé en maison de repos simple ou psychiatrique), ailleurs c'est la confirmation d'un divorce, mais alors mieux accepté par le suicidant, ailleurs il faut au contraire un retour rapide à la maison pour reprendre

le dialogue, enfin il nous arrive d'utiliser une solution intermédiaire : 2 - 3 jours à la maison avant le séjour en maison de repos.

Il est des cas où cet essai de psychothérapie familiale échoue, la personnalité des parents, ou d'un parent, s'oppose à cette action, n'est pas mobilisable. Le message n'a pas été compris par la famille.

OBSERVATION N°10 : Melle D ... Joëlle 15 ans, lycéenne, une soeur plus âgée.

Première T.S. par absorption d'ASPIRINE, par doses successives lors d'une "crise de nerfs" et de céphalés.

Aussitôt les comprimés avalés, elle le dit à sa mère, qui la traite de folle et lui fait une leçon de morale.

Les premiers jours de son séjour dans la salle des post-comas, elle donne l'impression d'avoir une panique intense, se méfie, se cache sous les draps lors de la visite, se recroqueville dans son lit.

Cependant, elle nous dit mal dormir depuis un mois environ, malgré la prise de sirop de Melleril, et avoir été très bouleversée par le décès d'une cousine de 18 ans 1 mois ½ auparavant.

Les parents, vus ensemble, lors d'un entretien où on note surtout la rigidité agressive du père, la dépression de la mère, banalisent tous deux le geste, "c'était une crise de nerfs".

Ils apportent cependant la notion de terreurs dans la petite enfance, de caractère renfermé depuis toujours, de boulimie, d'une tendance récente à l'isolement. Sur le bulletin scolaire, on peut lire d'ailleurs l'inquiétude des professeurs devant son comportement à l'oral.

Nous apprenons aussi l'existence d'un passé familial psychiatrique chargé :

- un grand-père maternel pendu,
- une grand-mère maternelle délirante,
- la mère ; très déprimée, avec épisode d'hallucinations auditives il y a 15 ans.
- la soeur a eu besoin d'une aide psychothérapique il y a 2 ans.

La mère revient seule, quelques jours plus tard, "en cachette" : elle est très déprimée, nous apprend qu'elle travaille pour payer les études des enfants, car son mari ne voulait pas d'enfants, et une fois ses deux filles nées, ne voulait pas qu'elles étudient. Elle nous confirme l'existence d'une profonde mésentente conjugale.

Evolution dans le service :

Au bout d'une semaine, sous traitement de DOGMATIL I.M puis en comprimés, associés à XX gouttes de THERALENE et 12 mg de MOZINAN le soir, Joëlle est mieux. Elle ne se cache plus sous ses

draps, accepte mieux les entretiens, et commence à aborder ses problèmes, notamment à extérioriser sa crainte de son père, (mais culpabilisant en core le fait de le dire).

Le doute sur le diagnostic de psychose, qui avait pu se poser au début, est écarté, il s'agit d'un problème névrotique, surtout réactionnel à des parents pathogènes. Un rendez-vous est pris en consultation de psychiatrie infantile d'Etampes, où elle habite, en vue d'une prise en charge psychothérapique dès sa sortie. La mère accepte, cependant elle banalise toujours le geste.

Deux jours plus tard, le père niant toujours le geste suicidaire vient chercher sa fille, et la sort, contre notre gré, 3 jours plus tôt que la date de sortie prévue, (date qui est pourtant elle-même prématurée puisque 10 jours seulement après sa T.S.).

Au total : Malgré une amélioration nette, ou plutôt un début net d'amélioration, sortie prématurée sur la demande du père, cette sortie précipitée a d'ailleurs angoissé beaucoup Joëlle

Donc, ici, des éléments perturbants au départ : le passé familial psychiatrique, le décès récent de la cousine, le grave problème conjugal chez des parents pathogènes, et le pronostic est encore aggravé par l'incompréhension du père qui s'oppose au traitement, alors que nous avons le sentiment de pouvoir aider réellement Joëlle.

Certes la post-cure est prévue, mais on peut se demander si là encore le père ne s'y opposera pas.

Nous avons en devant cette adolescente qui appelait à l'aide par son geste, un sentiment d'échec, d'autant plus pénible que là, il s'agissait uniquement d'une barrière opposée par les parents, et que, Joëlle n'ayant que 15 ans, on ne pouvait évidemment rien faire en dehors d'eux.

.
. .

OBSERVATION N°11 : Melle E ... Marie-Christine, 20 ans étudiante, célibataire, vit chez ses parents, une soeur de 13 ans.

Première T.S. par absorption de RATICIDE.

Cette adolescente est restée longtemps hospitalisée dans le service. Dès les premiers entretiens, elle verbalise son angoisse, son énorme demande psychothérapique.

Déprimée depuis quelques années, il existe chez elle un syndrome présuicidaire important, avec fantasmes de mort anciens, instinct de mort, manipulation de la mort depuis plusieurs années. Elle avait pensé à consulter un psychiatre, mais était trop déprimée pour faire seule cette démarche et on peut dire que si quelqu'un de son entourage l'avait comprise, poussée, elle aurait pu. Il a fallu la T.S. pour qu'elle arrive à parler de ses problèmes, de sa névrose.

Elle avait en fait vu quand même un médecin généraliste, mais ne s'était pas sentie écoutée. La T.S. a eu lieu les jours suivants.

Dans le service, elle aborde spontanément ses angoisses, ses phobies, son perfectionnisme surtout évoque son isolement, elle n'a pas d'amis, se sent différente des Etudiants de la Fac, elle évoque une déception sentimentale récente. Surtout son grand problème est un problème de dialogue avec ses parents, qui ne comprennent pas qu'elle puisse être angoissée, déprimée.

L'évolution dans le service : a été très bonne.

Des entretiens associés à une chimiothérapie (perfusion d'ANAFRANIL plus NOZINAN) font peu à peu céder sa dépression, qui reste cependant importante, notamment les dimanches sont encore difficiles, ses idées suicidaires reviennent plus ou moins consciemment ce jour là, (jour où l'Institution est plus clairsemée, où ses visites sont plus longues). Mais elle est très coopérante, et a toujours cette énorme demande psychothérapique, qui est de bon pronostic d'autant plus qu'elle verbalise bien, qu'elle a une faculté associative importante.

Les parents :

Dès le début nous aurons du mal avec eux. Nous le verrons pourtant plusieurs fois, plus que la majorité des parents, malgré cela ils restent aussi rigides, agressifs, ne comprennent rien, ne comprennent pas le traitement qu'on fait ici

La mère rationalise autour d'un comportement anorexique de Marie-Christine, qui a sans doute été notable puisque Marie-Christine pesait ses aliments il y a 2 ans, mais que nous n'avons pas constaté dans le service, ce que la mère ne veut pas croire.

Ils acceptent cependant le séjour proposé à la Maison des Etudiants à Grenoble, séjour qui sera long à obtenir, et sera précédé d'une période chez elle, avec prise en charge psychothérapique hebdomadaire, dans le service.

Très accrochée au service, elle vient régulièrement à ses séances, la psychothérapie progresse bien.

Il faut signaler que la mère téléphone chaque fois, après le rendez-vous de consultation, "le Dr SOUBRIER a vu ma fille, comment l'a-t-il trouvée ?" "Je trouve qu'elle est très angoissée les jours où elle vient chez vous" "le traitement l'aggrave" etc ...

Une quinzaine de jours environ avant son départ à Grenoble. Au cours d'une séance où elle s'est montrée très angoissée et déprimée, une réhospitalisation de quelques jours est proposée, acceptée avec soulagement par elle (mais beaucoup plus difficilement par les parents, de nouveau très agressifs).

Au retour de Grenoble : les parents seront toujours aussi opposés au traitement. Là bas, elle a d'ailleurs eu du mal à s'adapter, et est revenue plus vite vers son père.

Marie-Christine supporte mal cette opposition de ses parents au traitement, elle est partagée entre son attachement à eux et son

transfert envers nous. Elle continue à venir régulièrement, très fixée au Psychiâtre, lui écrit des lettres où elle extériorise son angoisse, ses difficultés avec ses parents, passées ou présentes.

Elle commence peu à peu à comprendre leur névrose. La mère se montre hypermoralisatrice. Le père s'oppose de plus en plus au traitement qui doit bientôt être stoppé.

Nous apprenons peu de temps après qu'est survenue une nouvelle T.S., lors d'une crise d'angoisse. Aussitôt les comprimés avalés, elle a demandé de l'aide, mais les parents ont refusé qu'elle soit hospitalisée à F. WIDAL et qu'elle voit le Dr J.P. SOUBRIER, (avec qui cependant le père accepte un rendez-vous quelques jours plus tard).

Au total : chez cette adolescente souffrant d'une névrose phobique, de bon pronostic en elle-même, surtout vu le bon accrochage psychothérapique, là encore nous avons eu un sentiment d'échec par impossibilité d'action sur la famille. Et l'adolescente est trop attachée à eux, trop dépendante d'eux pour qu'on puisse, actuellement du moins, la prendre en charge seule.

Dans un autre exemple, nous avons là aussi échoué vis à vis de la famille, mais une certaine autonomisation de l'adolescent a pu être obtenue, permettant de continuer la prise en charge de l'adolescent seul, quoique là les possibilités thérapeutiques soient beaucoup moins grandes à son niveau.

OBSERVATION N°12 : R ... Luc, 17 ans, employé de banque, a stoppé ses études parès le D.E.P.C, vit chez son père.

Première T.S. par absorption de PHENERGAN (1 tube) + VALIUM + MICTASOL + OPTALIDON, absorbés après avoir abîmé, en la sortant du garage, la voiture de son père qu'il voulait emprunter (voiture qui prend ici une valeur très symbolique).

Il se présente comme un adolescent frêle, hypersensible, très immaturé, avec des traits hystériques, voire mythomaniaques, et une quête affective énorme envers son père.

Biographie :

Le père est un "Fils-père" (lui-même d'ailleurs fils de fils-père). Luc est né d'une rencontre de 14 juillet, et 10 mois après cette "brève rencontre" Mr R ... voit cette femme lui apporter "son fils". Il accepte de le garder et de l'élever, c'est alors une succession de placement nourriciers, dont un bon (il a fait une fugue de la pension chez cette nourrice). Le père se marie quand Luc a 13 ans. Il reprend alors son fils, et le met en pension pendant les périodes scolaires. Mais Luc va tout faire pour éliminer cette belle-mère, et y arrive, Le divorce est en cours, depuis plusieurs mois, Luc vit seul avec son père, dont il nous parle avec un langage presque amoureux : "quand mon père part en voyage plusieurs jours, je reste seul, j'attends, je ne peux rien faire, je guette s'il arrive ..."

Il culpabilise énormément ce renvoi de la belle-mère, mais ne sait comment le dire à son père.

Il faut noter la ressemblance physique frappante entre le père et le fils, rendant plus évident ce désir d'identification à son père, son amour filial excessif, avec aussi tout ce qu'il a d'ambivalent.

Le père d'ailleurs ne veut pas nous croire quand nous lui disons que son fils est très attaché à lui. Il nous donne des exemples où l'agressivité de Luc est évidente.

Ce père est surtout perdu dans ses propres problèmes, a actuellement le sentiment d'avoir raté sa vie, qu'il va la rater encore plus s'il continue à "s'encombrer" de Luc, et est très peu accessible, il ne comprend pas son fils, ne veut pas le comprendre. Luc aura beaucoup de mal, dans le service, à prendre peu à peu conscience de ce rejet.

Autre grande crainte du père ; que son fils ait des tendances homosexuelles, (il ira même jusqu'à offrir une prostituée à son fils, pour se rassurer) et s'étonne que son fils ne l'ait pas remercié !

Au bout d'un mois de séjour dans la salle des post-comas la situation a peu changé le pronostic est bien incertain, Luc reste très fixé à son père, le père toujours aussi peu accessible et mal à l'aise devant ce fils.

Luc part un mois en maison de repos simple. Au retour, il est mieux, a noué là bas des amitiés, mais est assez déçu par l'attitude de son père à son retour à la maison.

Quinze jours plus tard, le père vient nous voir avec,

Luc, il nous apprend qu'il a décidé de placer Luc dans un foyer.

Luc accepte assez bien cette idée. Il a semble-t-il fait en quelque sorte le deuil de son père.

Revu un mois plus tard, il va bien, s'est bien intégré dans ce foyer, a repris son travail, semble plus mûré. On peut imaginer qu'une psychothérapie de soutien pourrait l'aider à passer ce cap difficile, le problème ici est qu'il n'est pas encore très motivé, n'a pas encore admis qu'une psychothérapie était nécessaire. La structure hystérique et mythomane laisse quand même présager des difficultés pour l'avenir malgré un bon pronostic immédiat.

- 3°) - Outre ce rôle psychothérapique, l'équipe peut avoir aussi à réinsérer ou à insérer socialement le sujet.

L'Assistante Sociale est un personnage important de notre équipe, on l'a vu notamment chez les adolescents, ou dans les problèmes socio-professionnels.

Par les contacts qu'elle établit elle aussi avec les familles, les contacts avec le milieu professionnel, le foyer du jeune, l'assistante du secteur ou du travail, par la recherche de la solution proposée, elle est un élément essentiel du traitement. C'est elle qui nous propose des maisons de repos adaptées à notre

demande, des foyers pour nos adolescents, des solutions de reclassement professionnel en laissant cependant l'initiative au sujet. Lorsqu'il y a un problème social ou professionnel, c'est l'assistante locale qui le réglera, mais informée par nous et notre assistante sociale, donc avec une efficacité beaucoup plus grande. Parfois, existent des problèmes , elle aussi à du mal à "passer la main" dans certain cas.

En fait, toute cette action thérapeutique, tant sur le sujet lui-même que sur son entourage n'est réellement possible que parce qu'elle a lieu dans l'Institution.

"En effet, toutes les ressources dont elle dispose, par le jeu des identifications et des relations médiatisées qu'elle offre, une équipe formée est plus apte qu'un praticien isolé à mener cette tâche complexe et patiente" (R. CANIER).

D) - LA FONCTION INSTITUTIONNELLE

Pour reprendre ce que dit RACAMIER (39)

"La situation institutionnelle est définie par une organisation technique déterminée par la rencontre soignants-malades."

La fonction institutionnelle de l'équipe soignante est inbriquée, on l'a vu, aux précédentes fonctions, permettant qu'elles aient lieu et qu'elles soient efficaces

La tendance actuelle du travail psychiatrique que nous essayons de faire à F. WIDAL dépasse la simple prise en charge au réveil et le but diagnostic. Le problème n'est pas de savoir s'il s'agit d'un sujet normal ou anormal, ayant des problèmes familiaux ou non, mais de permettre l'action de l'équipe soignante sur le sujet et sa famille. C'est une nouvelle dimension dans l'abord du malade.

Il s'agit de considérer le suicidant comme un être humain évoluant dans une situation conflictuelle et donc de créer une "ambiance" comprenant l'environnement soignant (externes, infirmières, aides-soignants, assistante sociale, sans oublier les femmes de service, qui nous l'avons constaté plusieurs fois, par les gestes quotidiens qu'elles font (ménage, carreaux, etc ...) à des heures où le malade est seul, le matin tôt au réveil ou le soir, et a souvent envie de parler, d'avoir des contacts, même simples. Elles font donc partie elles aussi de l'environnement et pour investir leur fonction, ont besoin de sentir qu'elles sont intégrées

à l'équipe, qu'elles peuvent elles aussi apporter des éléments d'information.

Le psychiatre doit s'intégrer au malade et à l'équipe soignante, c'est par cet intermédiaire que le malade comprendra l'utilité d'être suivi par un psychiatre, qu'il aura moins peur d'être en aliénation". Donc la tendance actuelle est d'attacher moins d'importance au diagnostic et aux tests mais plutôt d'institutionnaliser ce service psychiatrique de réanimation, ce qui n'est pas toujours facile et pose des problèmes tant relationnels qu'administratifs. Ce qu'il faut souligner d'emblée, c'est la notion de progressivité (qui est d'ailleurs inhérente à la notion même d'institution) comme le dit RACAMIER. L'amélioration des conditions de travail se réalise et ne peut se réaliser que progressivement.

Nous avons vu qu'une étape importante a été la suppression d'une chambre et sa transformation en salle d'entretiens et de réunions, devenue très précieuse. Le personnel soignant aussi évolue peu à peu : il faut souligner qu'au départ les infirmières n'ont reçu aucune formation psychiatrique, étant des infirmières A.P. et qu'il est important qu'elles soient au moins motivées pour venir dans cette salle où le travail est particulier, elles sont alors accessibles à une formation progressive.

Plutôt qu'un plan systématisé, nous envisagerons successivement plusieurs points importants à propos de cette

fonction institutionnelle.

Pour plus de clarté, nous les évoquerons
brièvement d'abord :

- 1° Illustration du rôle de cette "ambiance"
par un exemple : M ... jean-Claude

- 2° Essai d'analyser comment se crée cette
ambiance, et quel est son effet sur les patients

-a) La fonction de "présence" de l'Institution grâce
aux différents membres de l'équipe,

-b) La difficulté parfois de maintenir cette ambiance,

-c) Son effet sur le patient,

-d) Cette présence diffuse garantie sans que les

patients trouvent nécessaires de la justifier par un nouveau trouble;
d'où ~~des~~ réhospitalisations spontanées,

-e) Effet thérapeutique du groupe des suicidants sur
lui-même.

- 3° Rôle de l'Institution pour la Formation
des soignants

-ce qu'est la Fonction Soignante en Institution
psychiatrique.

-Nécessité de réunions de l'équipe,
pour cette formation

pour que se crée cette ambiance

Réunions organisées ou improvisées.

- 4° Les progrès à faire : besoins ressentis

à partir de cette expérience vécue.

- 5° Les problèmes administratifs de l'Institution

. . .

- 1°) - Le but est donc de "créer une ambiance" qui fera que dans cette salle, le suicidant sent qu'existe une équipe de soignants qui est là "pour ça" (contrairement à ce qui se passe en Médecine rez de chaussée). Il ne se sent pas rejeté.

Il peut communiquer avec le monde extérieur, là, il se sent compris.

Un exemple nous a confirmé le rôle de cette ambiance :

OBSERVATION N°13 : M ... Jean-Claude, 24 ans, vit chez ses parents, sans travail depuis deux ans.

Première T.S. par absorption d'un Herbicide (chlorate de K) ayant entraîné de graves problèmes somatiques : méthémoglobinémie, avec collapsus à l'entrée, anurie ayant justifié les jours suivants une exsanguino-transfusion.

Un mois plus tard, il était toujours en réanimation réveillé depuis le début, et comme pour tous ceux qui ont une longue hospitalisation éveillée aux comas, nous nous sommes posés le problème de savoir s'il fallait commencer à intervenir là.

Il ne s'extériorisait pas beaucoup, semblait morose et avait une apparence évoquant une débilité légère, qu'accentuait une paralysie faciale congénitale.

Nous avons eu un entretien avec lui quelques jours avant son passage à ~~L'U.P.~~ ^{L'U.P.} qui nous avait un peu déçus: verbalisant peu, ayant l'air effectivement un peu niais et ennuyeux.

A l'Unité Psychiâtrique en quelques jours, au bout de deux à trois entretiens il s'est désinhibé, débloqué, et nous avons pu nous rendre compte qu'il s'agissait d'un faux débile avec obtusion névrotique, qui l'avait désservi antérieurement (le fait déclenchant immédiat, brandi par la mère, avait été un papier de refus de travail, envoyé par la Sécurité Soziale, et où était marqué : "ce jeune homme est un peu simplet et toujours accompagné de sa mère").

En fait il était d'intelligence supérieure à la moyenne, déprimé depuis plusieurs mois, fils unique, chez des parents hyperprotecteurs avec une mère très ambivalente, sans dialogue avec ses parents.

Il avait lu trois semaines avant son geste le récit du suicide par le feu de Yan Palack, et voulait que son geste à lui aussi soit une contestation contre la société refusant du travail aux jeunes.

Il appu peu à peu verbaliser ses difficultés relationnelles, ses difficultés devant la société, son inhibition

ses problèmes avec ses parents, la mère surtout, verbaliser son agressivité envers elle.

Il nous a beaucoup parlé de cette "ambiance de compréhension" qu'il sentait dans la salle, des effets du groupe sur lui, des relations entre les patients du groupe, nous disant : "Je vais écrire un livre sur la salle Lecorché". Et nous pensons qu'effectivement pour qu'il se désinhibe, il fallait que ces entretiens aient lieu dans la salle des post-comas, dans un certain climat d'échanges.

Il est resté longtemps hospitalisé, puis a été envoyé en maison de repos simple. L'évolution ultérieure de Jean-Claude, suivi pendant deux mois par nous en psychothérapie de soutien, puis confié à quelqu'un d'autre pour une prise en charge de longue durée, est très favorable jusqu'ici tant sur le plan évolution personnelle, verbalisation, que réintégration socio-professionnelle.

Il reste très attaché au service, mais a accepté le changement de lieu de psychothérapie.

Cette ambiance de l'Unité Psychiatrique donc est très importante, nous allons essayer maintenant de mieux l'analyser.

- 2°) - Essai d'analyser comment se crée cette ambiance, et quel est son effet sur les patients.

-a) La fonction de "présence" de l'Institution grâce aux différents membres de l'équipe le personnel infirmier,

par sa durée et sa continuité de présence avec les malades, est avant tout celui qui participe à l'ambiance.

Le fait même qu'il y ait équipe, permet une certaine permanence d'écoute et de présence. Sur ce fond permanent et stable, vont pouvoir se dessiner des présences plus spécifiques et plus individualisées. Mais il est important que nul ne soit irremplaçable, que chacun soit investi d'une responsabilité relationnelle et qu'il puisse comprendre ce qu'il fait, et progresser dans cette fonction relationnelle.

"L'équipe soignante prend son importance en tant que groupe, au sein duquel pourront se répartir les investissements des malades" (RACAMIER - 39).

C'est cette pluralité qui permet d'aménager des relations transférentielles. Certains soignants seront choisis comme bon ou mauvais objet, mais soutenus par l'équipe qui intègre ce couple patient-soignant, ils savent que ce choix est projectif ou transitoire, qu'il peut être un objet intermédiaire (RACAMIER p.292).

Le soignant lui-même réagit en fonction de ses problèmes et de ses pulsions personnelles pour s'occuper de tel ou tel patient. Intervient aussi le fait que les moments de disponibilité alternent avec les moments de saturation. L'intérêt d'ailleurs d'être plusieurs dans une équipe, est de conserver cette constance générale de disponibilité.

-b) Il n'est pas toujours facile en effet de maintenir cette ambiance.

Il est capital que l'après-midi par exemple, ne soit pas annulé le travail du matin.

Il faut savoir ne pas répondre à des manifestations d'agressivité(traduisant l'angoisse) de manière coercitive et disciplinaire ce qui n'est pas toujours facile pour un personnel infirmier n'ayant reçu au départ aucune formation psychiatrique et qui doit peu à peu acquérir la notion/ de relations transférentielles vue plus haut, et apprendre à ne pas rejeter un patient agressif, à réagir devant certains hystériques ou certains psychotiques graves. Toutes sortes de problèmes donc se posent au soignant, et il ne pourra répondre à la demande du patient et progresser que s'il parle de ces problèmes au reste de l'équipe. Nous verrons plus loin l'importance de cette communication outre les membres de l'équipe.

-c) L'hospitalisation dans cette ambiance de maternage, de compréhension, permet au patient une régression à l'état d'objet, il se sent habituellement sécurisé, pris en charge, et par là, progressivement, peut redevenir sujet, se redéfinir lui-même à travers des relations transférentielles ; il redevient peu à peu responsable vis à vis de l'Institution qui l'a recueilli et par suite vis à vis de ses actes et de ses paroles, c'est à dire l'importance d'une attitude globale de l'équipe soignante et de l'inefficacité de l'action isolée

d'un thérapeute.

Si les autres membres de l'équipe ne suivent pas, chacun agissant selon l'humeur du moment, son action est annulée. C'est réinsister à nouveau sur l'intérêt d'être plusieurs pour conserver cette constance de disponibilité.

-d) L'Institution est disponible en permanence "on peut la quitter, elle ne s'absente pas" (RACAMIER).

Cette présence diffuse est garantie sans que les patients trouvent nécessaire de la justifier par un nouveau trouble : c'est ainsi que nous avons plusieurs malades qui reviennent parfois spontanément, se faire hospitaliser, sans T.S. cette fois, car là, ils se sentent compris, ils peuvent dire qu'ils sont déprimés.

Exemples :

Réhospitalisation spontanée : -E .. Marie-Christine

-C .. Laurence

-G .. Patrick

-L .. Martine

Nous ne réévoquerons pas le cas de Marie-Christine E ... (ObsN°11) dont nous avons parlé plus haut, si ce n'est pour dire qu'elle relevait typiquement d'une Institution comme la nôtre, non aliénante, et cependant psychiatrique.

OBSERVATION N°13 : C ... Laurence 17 ans, aide soignante dans un hôpital, ce qui lui plaît; fille de famille nombreuse,

parents divorcés, ^{père} psychopathe, qui à plusieurs reprises lors des séjours de Laurence chez nous, était venu la chercher, contre avis médical. Pour la première fois il nous l'a laissée, nous faisant confiance.

Cette fois, elle est venue spontanément, après avoir téléphoné la veille à minuit, d'une cabine téléphonique de Villejuif.

Elle a déjà été hospitalisée dans le service pour T.S. et revient de temps à autre spontanément. Elle a traîné dans Villejuif toute la nuit avant de téléphoner ici, puis de venir au matin dans le service se réfugier. Elle nous dit ~~trâner~~ souvent ainsi, on ne sait si elle a ou non été entraînée vers la prostitution. Il y a chez elle une possibilité de fabulation. D'autre part elle se sent poursuivie par la malédiction de son père : "tu seras p... comme ta mère".

Il existe une rivalité féminine avec la mère, (la mère ayant flirté avec le petit ami de Laurence devant celle-ci).

Il s'agit d'une inhibition névrotique très profonde, non percée, de symptomatologie Hystérique.

Dans le service elle s'est montrée au cours de son séjour, très repliée sur elle-même, fumant beaucoup, anorexique, avec une verbalisation assez pauvre et très stéréotypée : "je ne veux pas rentrer chez moi" , "j'ai l'obsession de mourir".

Un traitement anti-dépresseur par la 5 HYDROXYTRYP-TAMINE a échoué. Envoyée, avec l'accord du père, dans une maison

de repos spécialisée, avec le but de la confier ensuite à nouveau au secteur, elle revient prématurément 15 jours plus tard dans le service, après avoir écrit des lettres : "j'ai confiance en vous".

Nous avons cependant pensé plus efficace pour elle de la reconfier, avec son accord, à son hôpital de secteur qui la connaît bien. Mais nous savons que nous la reverrons probablement encore. Il existe chez elle une volonté un peu psychopathique de résister au traitement.

.
. . .

OBSERVATION N°14 : G ... Patrick, 23 ans.

Hospitalisation spontanée en janvier 70 à la salle des post-comas, après avoir absorbé la veille 30 comprimés de GARDENAL. Il était seul depuis plusieurs jours dans sa chambre d'hôtel, sorti récemment de Derray VAUCLUSE.

Patrick est bien connu du service, il a déjà fait 4 ou 5 T.S. depuis 4 ans en 1966 et 1967, la dernière fois a été suivie d'un transfert à Henri ROUSSELLE.

Cette fois : il arrive très tendu, très angoissé, fume beaucoup. Après une heure d'hospitalisation il demande à parler : "je n'ai plus de barrages, demain il sera trop tard." "Si plus tard je suis agressif, il faut comprendre que c'est maintenant que c'est important, que je veux m'en sortir". "Si je ne m'en sors pas, il vaut mieux que je me flingue (revolver, cyanure".

Il aborde, au cours du premier long entretien, et des entretiens des jours suivants, ses problèmes d'homosexualité, de masturbation compulsive depuis des années, et d'impuissance.

Il interrompt ses expériences féminines dès que cela devient important.

Il ne veut surtout pas retourner à Sainte-Anne (où il est resté 8 mois en service fermé) ni à Perray VAUCLUSE.

Biographie : Il n'a pas connu son père, sa mère s'est peu occupée de lui. Il a été placé jusqu'à 9 ans., puis la mère se remarie, le reprend. Il ne s'entend pas avec le beau-père et commence à fuguer vers 11 - 12 ans.

Quatre jours plus tard, il est beaucoup plus calme (aidé par NOZINAN + NOBRIUM) fume moins compulsivement. Aborde toujours ses problèmes sexuels, parle beaucoup.

Il semble réellement désireux de coopérer au traitement, de cesser le cercle vicieux Perray VAUCLUSE etc ...

Les Médecins de Perray-VAUCLUSE nous signalent sa conduite d'évitement perpétuel avec les médecins. Cependant, il a bien accroché avec un psychothérapeute de chez eux, qu'il voit à l'hôpital de jour du secteur toutes les semaines. C'est vers cette solution qu'on se réoriente pour l'avenir Patrick surmonte son appréhension que ce soit un homme, "c'est plus facile avec une femme, quand c'est un homme j'ai l'impression d'être jugé".

Il sort 10 jours plus tard, beaucoup mieux, à des projets de théâtre (assez utopiques), va s'arranger pour une

chambre. Il est prévu qu'il parté deux semaines plus tard en maison de repos spécialisée pour deux mois.

Revu à son retour ; le séjour s'est bien passé, il va très bien. Amélioration qui persiste quelques mois plus tard, il voit régulièrement son psychothérapeute.

Mais quelques mois plus tard à nouveau rechute, nous dit avoir fait 2 T.S., ne travaille toujours pas, a toujours les mêmes problèmes.

Rapprochement de ces 2 cas : Dans ces deux cas, plus proche de la psychopathie que de la névrose grave, même si la prise en charge doit être faite dans leur secteur, l'U.P. de F. WIDAL reste l'endroit où ils savent qu'ils peuvent venir en dernier recours, s'ils ont de nouveau envie d'absorber des comprimés, ou même, s'ils veulent nous dire qu'ils l'ont fait la veille.

En effet, malgré leur résistance psychopathique au traitement, ils retrouvent là un maternage provisoire, où intervient d'ailleurs le fait que les infirmières les connaissent bien et ont de bonnes relations avec eux, qui fait que pour eux, l'Institution à une certaine permanence.

.

. .

OBSERVATION N°15 : L ... Martine, en classe de 1ère.

Ici, cas différent car non psychopathique mais où l'Institution garde sa même valeur de "refuge".

Il s'agit d'une adolescente soignée pour un lupus erythémateux disséminé depuis 1965, lupus actuellement stabilisé, dont le traitement vient d'être interrompu. Elle est déprimée depuis cette même période 1ère T.S. en 1967.

Une psychothérapie analytique entreprise alors a dû être interrompue en raison du départ de sa psychothérapeute.

Elle entre dans le service lors d'une 2ème T.S. en avril 1969. Puis 3ème T.S. en décembre 1969 (absorption d'ANAFRANIL + ELAVIL) après une tentative de strangulation par une corde de rideau.

Elle est réhospitalisée spontanément sur sa demande en juillet 70 lors d'un nouvel accès dépressif. Le CORTANCYL lui donnait des modifications morphologiques importantes (gonflement des joues, chute des cheveux, hyperpilosité), ce qui la déprimait beaucoup, outre l'effet direct du CORTANCYL qui chaque fois la rendait insomniaque et plus déprimée.

Outre la crainte de l'avenir; les perturbations apportées par sa malaide, sur laquelle elle est très lucide (elle a lu des livres médicaux), il s'agit d'une inhibition névrotique, avec des difficultés importantes d'adaptation et de contact.

Il existe en outre un problème familial important, avec un père déprimé, très rejetant (qu'onⁿa d'ailleurs jamais vu) une mère très inaffective.

Martine est très accrochée au service, qui est réellement un refuge pour elle. Après cette réhospitalisation spontanée, elle a pu sortir avec des projets de travail à mi-temps, dans un prisunic, en attendant un départ éventuel pour la tronche à Grenoble et en étant revue régulièrement à la consultation.

Elle est bien depuis plusieurs mois. Mais elle reste certes très fragile, il existe chez elle un risque permanent de récédive.

.
.
.
-e)

Un autre élément thérapeutique dans cette salle qui groupe des gens ayant tous fait le même geste, est justement apporté par ce groupe. Pendant ces quelques jours d'hospitalisation le patient va se trouver en contact avec d'autres patients "comme lui" avec qui il va pouvoir parler de "leur problème" : le suicide. Il ne se sent plus seul, son expérience est diluée dans le groupe, et cette banalisation du suicide est un moyen de prévention.

Nous avons pensé, mais pas encore mis en pratique, à faire des réunions de groupe de suicides rescapés.

Outre le problème suicide, le groupe peut avoir un

rôle de reapprentissage d'une relation à autrui, quand se crée parfois une relation entre deux malades. Ailleurs les possibilités d'entraide palliative à un personnel insuffisant (une malade qui ne peut se mobiliser, une grand-mère à aider) peuvent avoir pour certains un rôle thérapeutique. De plus, l'accomplissement de ces gestes, a une fonction des aliénante : "Ils ne sont donc pas fous", et par la même thérapeutique. Tout ce qui peut favoriser ces relations et ces échanges est important : la salle de réunion, qui le soir, est utilisée pour bavarder, jouer aux cartes, où nous avons réclame^{et obtenu} une télévision. Certaines chambres, plus gaies, où se réunissent plusieurs patients. L'ambiance est meilleur également quand il nous arrive d'avoir une patiente qui coiffe ou maquille ses voisines (en plus du coiffeur habituel de la salle, qui est un personnage très important).

Les échanges entre les chambres sont d'ailleurs très variables selon les périodes.

A propos de l'importance de cette notion de salle et de groupe de suicide, il faut signaler qu'elle existe encore dans très peu d'endroits, bien que l'on en ressente le besoin.

Un médecin Écossais venu en stage dans le service du Pr GAULTIER, a pu nous parler de son expérience à Edimbourg, dans le service du Pr MATH^{EWS} : il n'y a pas de salle, individualisée, psychiatrique ou psychologique. Les psychiatres, assez nombreux, vont s'entretenir avec les malades en Réanimation. Tous sont

interrogés, le problème abordé sous un angle social et psychiatrique. Les patients sont alors adressés soit en hôpital psychiatrique, soit en consultation psychiatrique ou à l'Assistante Sociale, soit sortent sans post-cure.

Au Mexique, à México, nous avons eu l'occasion de visiter le Service d'Urgences où sont reçues les Tentatives de suicide. Il s'agit d'un hôpital général spécialisé dans les urgences, où sont hospitalisés : les accidents de trafic, les appendicites aiguës les T.S. etc ...

Il n'y a pas de salle spéciale pour les suicidants. L'équipe psychiatrique du Dr MAR Zuniga est très consciente de ce manque, qui empêche tout travail institutionnel, consciente aussi des problèmes que pose comme chez nous, le fait d'avoir un personnel infirmier non spécialisé. Par contre, il s'agit d'une équipe plus nombreuse et mieux organisée que la nôtre, dans la mesure où beaucoup sont là depuis plusieurs années, et formés aux thérapies analytiques et à la dynamique de groupe.

D'autre part les possibilités de prise en charge en post-cure sont également plus grandes.

- 3°) - Rôle de l'Institution pour la Formation des soignants.

-a) - Ce qu'est la fonction soignante

Nous avons vu plus haut que les infirmières n'ont

pas de formation psychiâtrique au départ, et qu'il est important qu'elles soient qu moins motivées, et qu'elles aient une certaine permanence, pour justement pouvoir progresser.

Leur rôle est en effet capital dans une Institution Psychiâtrique, ne serait-ce que parce que leur temps de présence auprès du soigné est beaucoup plus long que celui du Médecin.

Il ne s'agit pas d'en faire des psychothérapeutes, c'est le rôle du psychiâtre, mais que leur travail devienne une fonction psychothérapeutique et sociothérapique -

"Attitude psychothérapique n'est pas psychothérapie" (LEBOVICI et RACMIER, réf 39 déjà citée, au chapitre des soignants). Il s'agit qu'elles fassent un autre métier que celui de gardienne que tout en gardant le champ spécifique de leur travail, elles comprennent la fonction psychothérapique, permettant une coopération réelle avec les Médecins, et rendant le rôle de ceux-ci efficaces.

Nous essayons donc à l'Unité Psychiâtrique de valoriser la fonction soignante. Et "le rôle du Psychiâtre est moins d'enseigner que de soutenir la confiance en soi des soignants, afin de développer leurs qualités thérapeutiques intéressantes"(39).

Outre les capacités techniques spécifiques, le soignant doit se former aux techniques relationnelles, car il est, on l'a vu, celui qui participe le plus à l'ambiance. Il est donc essentiel pour qu'il investisse sa fonction, que le médecin le considère comme une personne adulte, investie d'un rôle spécifique

considérable, et non comme dépendant de lui de façon infantile.

On arrive à la notion de "collectif soignant" dont parle de Dr BONNAGE. Le Psychiâtre reste la figure centrale, et doit en accepter les responsabilités : notamment que les crises éventuelles, les incidents avec certains soignés ou entre les membres de l'équipe, soient dénouées, verbalisées. Le moral et l'équilibre de chaque soignant dépend de celui de l'ensemble du groupe traitant institutionnel.

-b) - On arrive à la notion de la nécessité de réunions d'équipe :

En effet, la nature même de notre travail, avec un perpétuel mouvement des malades, par à coups, l'angoisse omniprésente (soignant, malades, familles) car on "manipule la mort" sans cesse, la frustration due au mouvement même des malades, qui sortent vite, la fréquence des relations avec les familles qui vont sans cesse là pour le pronostic, pour se rassurer, pour soulager leur culpabilité, tout ceci donc fait que une communication à l'intérieur de l'équipe représente un moyen d'endiguer cette angoisse collective. Une étude individuelle d'ailleurs des membres de l'équipe montrerait l'utilisation importante de somnifères.

Tout ce qui facilite les échanges, les communications dans le groupe, va améliorer les relations avec les soignés, car va permettre une meilleure information de tous, une meilleure formation aux techniques relationnelles, une plus grande disponibilité, c'est ainsi que nous avons deux sortes de réunions :

organisées et improvisées.

-organisées :

Réunions de dossiers (2 fois environ dans le mois)

où nous reprenons des anciens cas, où nous invitons l'équipe de réanimation.

Il est regrettable que ces réunions ne soient pas assez fréquentes, faute de temps, elles ont en effet un rôle formateur très précieux (y compris sur les médecins).

Des réunions sur un thème prévu à l'avance ou non. Réunions de toute l'équipe où on fait en quelque sorte le "bilan" actuel, où on aborde les problèmes relationnels, les progrès à faire en fonction des besoins, etc ...

-Des réunions, beaucoup plus fréquentes, non moins importantes, sont les réunions improvisées, soit dans la grande salle, soit dans le bureau de la surveillante, à propos d'un problème, d'un incident, où on discute d'un patient qui perturbe l'un ou l'autre des soignants.

Il est très important que les membres de l'équipe sentent qu'il faut verbaliser ces affects, afin de les dénouer, les contrôler.

-Enfin, il ne s'agit pas à proprement parler de réunions, mais de "moments récréatifs" (qu'évoque aussi BARLET, (3) dans le bureau de la surveillante, où l'on bavarde. Moments qui surviennent de façon improvisée, mais peut être plus fréquemment

que dans des service de Médecine.

Correspondant à un besoin de se grouper, de communiquer, qui semble être une compensation à l'impossibilité de s'attacher à un malade fugitif. (il faut "faire de la place" pour les comas, on est sans cesse dépossédé).

Pour éviter d'ailleurs une frustration trop grande pour l'équipe dans ce travail, où une prise en charge jusqu'au bout est impossible, il est important que certains patients restent hospitalisés deux à trois semaines dans la salle des Post-comas. Certes, ils en bénéficient, mais également l'équipe soignante, qui garde ainsi une fonction thérapeutique normale.

-Au total : Les réunions sont donc très importantes. L'efficacité thérapeutique d'une institution ne peut progresser que par une amélioration des communications entre les membres de l'équipe, entraînent une amélioration de la relation avec le malade et sa famille.

Ce sont ces réunions d'ailleurs qui nous font prendre conscience de ce qu'il faut modifier, de ce qui manque encore de ce qu'il faut développer.

- 4°) - Les progrès à faire, dans le sens de l'Institution justement à propos de ces réunions, elles ne sont pas assez fréquentes, tous n'y participent pas encore. Certes, il existe des problèmes matériels, et des problèmes réels de temps (nous sommes un service d'urgences) mais il entre aussi une part de

résistances personnelles, et qui gênent la progression.

-On peut souhaiter aussi une meilleure intégration du personnel de veille et de garde. La continuité est encore insuffisamment assurée.

Les problèmes qui se posent l'après-midi ne sont pas encore communiqués au reste de l'équipe.

-Avoir des infirmières plus nombreuses, plus formées au départ, ou tout au moins motivées, ce qui n'est pas encore toujours réalisé ^{pour} l'équipe de veille; ceci est d'ailleurs en corollaire avec les difficultés précédentes.

-Une amélioration des communications entre les réanimateurs et les psychiatres. Nous avons évoqué plus haut les problèmes que cela recouvrait.

-Il faudrait développer, ou pour être plus juste, créer, la thérapie occupationnelle qui est pratiquement inexistante.

Et ceci d'autant plus que nos patients n'ont pas le droit de sortir dans le jardin. En dehors des activités personnelles de chacun (transistor, tricot, broderie, lecture, jeux de cartes) aucune ergothérapie n'est organisée.

La bibliothèque circule seulement une fois par semaine, ce qui est trop peu pour des séjours brefs.

Certes, il est difficile avec des patients si fugitifs, souvent en phase aiguë dépressive ou conflictuelle, d'organiser quelque chose. Mais le séjour prolongé de certains

devraient pourtant le permettre.

-On peut souhaiter enfin un meilleur ajustement de l'administration aux ^{problèmes} particuliers de notre salle. Mais ceci est peut-être plus utopique, dans un service qui se trouve dans un Hôpital Général.

- 5°) - Ceci amène aux problèmes administratifs de l'Institution.

Dans la mesure où il s'agit d'une salle ouverte, avec les fenêtres ouvertes, porte ouverte, nous avons certes quelques problèmes.

Ce qui pose celui du suicide dans l'Institution et celui de la responsabilité Médicale et du suicide.

(Biblio ; Bulletin de Médecine Légale et de toxicologie Médicale - Lyon - Biblio 1 - 30 - 53).

Certes la salle est au rez de chaussée, certes nos patients n'ont pas le droit de sortir de la salle, ils n'ont pas leur vêtements de ville, (ils se sentent "hospitalisés").

Certes nous transférons rapidement ceux où le risque immédiat de récédive est grand (accès mélancolique, délire aigu persécutif par exemple, schizophrénie délirante).

Mais nous prenons un risque. Il y a quelques incidents parfois : fugues, ou problèmes disciplinaires lors des visites qu'il nous est impossible de filtrer, problèmes pas toujours possibles à régler sur le plan administratif.

Nous prenons un risque également quand nous accordons une permission à un patient pour quelques heures ou la journée : pour un examen de Fac, ou préparer ses affaires pour la Maison de repos. Mais nous prenons ce risque une fois la relation établie, et nous continuons ce système de permissions qui s'est progressivement instauré, à la manière d'une Institution psychiatrique, car elles ont une grande valeur thérapeutique.

D'ailleurs il faut constater que nous n'avons pas eu de récurrences au cours de l'hospitalisation dans la salle des post-comas, contrairement aux institutions psychiatrique de soins prolongés où surviennent parfois des T.S. (Biblio 30).

Pourtant nous ne vérifions pas s'ils ont un rasoir, nous gardons les portes ouvertes. On peut considérer qu'ils sont hospitalisés pendant la crise, que le risque est donc rarement immédiat, que surtout ils sont traités. L'attitude thérapeutique est constante, et la démystification du suicide, qui, dilué dans le groupe n'est plus un Tabou, la désaliénation du suicidant, du fait même d'une Institution de ce genre, peut être justement un moyen actif de prévention de récurrence.

D'autre part, il est impossible de se conformer étroitement à la légalité et à la juridiction, car dans ce cas toutes les tentatives de suicide justifieraient ~~un~~ transfert en milieu fermé.

. . .

suicidologique et donc un intérêt thérapeutique car aboutissant à une prévention pratique du suicide, et finalement à une prophylaxie mentale pure.

- 1) - Intérêt de recherche

Progression de la recherche en direction d'une dimension psychosociale de l'acte suicidaire, où interviennent des facteurs ethniques, professionnels, d'habitat, de pathologie collective, permettant d'observer certaines formes d'évolution sociologique.

C'est en effet l'étude à grande échelle dans de tels centres, qui, rassemblée à d'autres études analogues, permet peu à peu de modifier des préjugés fort répandus sur le suicide, et d'accéder plus directement aux formes que revêt actuellement l'acte suicidaire.

C'est ainsi qu'une notion importante se fait jour : les malades mentaux ne constituent qu'une faible proportion des suicidants, le geste suicidaire est bien plus souvent un appel au secours, qu'un geste de véritable autodestruction. Une part importante est constituée par les adolescents, de plus en plus : selon des statistiques récentes, pour un an, sur 14 200 décès par suicide en France, 50% concernent des adolescents de 17 à 25 ans.

En sachant que ce chiffre ne représente que les suicides déclarés, donc un chiffre inférieur à la réalité.

Chez ces adolescents, interviennent dans les mobiles certains facteurs témoins d'une évolution sociologique : crainte devant l'avenir, prolongation excessive de l'adolescence chez

l'étudiant et ceci d'autant plus que l'âge moyen d'obtention du baccalauréat est reculé, difficultés d'insertion professionnelle, rôle de l'affaiblissement des structures traditionnelles (familiales, religieuses, professionnelles ou politiques) qui ne sont plus aptes à l'encadrement des jeunes.

On a pu aussi constater qu'une part importante de suicidants se recrutent parmi les vieillards (avec un pourcentage égal d'hommes et de femmes) dont l'existence dans la société est actuellement très modifiée du fait du recul de l'espérance de vie.

Le sujet âgé se ressent de plus en plus comme quelqu'un "d'inutilisable", comme une charge pour son entourage. Il ne peut plus suivre le mouvement. Et en raison de son insécurité face à l'avenir, à la mort, pour le vieillard, l'entourage et la relation à autrui prend une importance capitale.

C'est ainsi que la perte du conjoint joue un grand rôle à cet âge, et que les difficultés socioéconomiques sont des facteurs favorisants, que le suicide atteint particulièrement le vieillard démuné, isolé.

Nous avons observé souvent dans le service un geste suicidaire chez une grand-mère, lors du départ en vacances ou du déménagement des enfants ou petits-enfants.

Ce que nous avons observé rejoint ce qu'a constaté M. QUIDU (Biblio 38) : elle distingue deux lots chez les vieillards :

-un groupe de suicidants présentant des troubles psychiatriques : soit anciens, soit récents (notamment

mélancolie avec gravité du geste)

-un deuxième lot où la T.S. semble "réactionnelle" à un événement (deuil, départ) ou à une affection somatique grave, invalidante, le mécanisme essentiel étant d'associer un brutal sentiment de dévalorisation physique ou psychique".

Et M. QUIDU note aussi que, si chez le jeune la T.S. se fait dans un contexte de révolte, "chez le sujet âgé, la dévalorisation est vécue et subie pendant des mois, et le passage à l'acte se fait plus à froid, à l'occasion d'un échec supplémentaire"

Chez les adultes jeunes : 25 à 40 ans

disons simplement que ici prennent une importance particulière

-l'éthylisme chronique

-les affections psychiâtriques, la T.S. survenant souvent lors d'une décompensation.

Chez les adultes d'âge mûr :

dans cette tranche d'âge, la fréquence des T.S. diminue. Mais les conflits conjugaux prennent une grande importance, survenant sur des personnalités souvent fragiles, et là encore, la T.S. survient souvent lors de la décompensation d'une névrose, en notant chez la femme les problèmes de la période ménopausique, chez l'homme les difficultés de réinsertion professionnelle posées lorsque il perd son travail (notamment pour une cause somatique)

2) - Intérêt de prévention

Justement à partir des constatations précédentes, dont le regroupement donne une notion de Fréquence pour un facteur donné, on peut mieux savoir chez qui le plus grand risque de T.S., et donc mieux le prévenir.

On en arrive à la notion de "groupe exposé" dont on reparlera plus loin.

Par exemple, on sait qu'un groupe à surveiller particulièrement chez l'adulte jeune est celui des éthyliques chroniques, ou le vieillard isolé, ou encore les jeunes toxicomanes.

Et on peut se rendre compte de l'importance pour la Prévention du Suicide de l'Information du Public et de celles des Médecins Généralistes (voire des Psychiâtres) - thèse A. PERSEIL (34) et J.P. SOUBRIER (48).

Il est important en effet que ce problème soit mieux connu des médecins généralistes : notamment les notions nouvelles en suicidologie, en particulier le syndrome de désengagement ou le syndrome présuicidaire. La connaissance de ces notions leur fera considérer le déprimé comme un suicidant possible. Il faut qu'ils sachent que lorsque quelqu'un a des fantasmes de mort ou de suicide

il faut oser en parler, pour agir sur lui et sur son environnement, qu'ils sachent parfois ne pas donner un arrêt de travail qui couperait en cordé plus les liens sociaux, qu'ils sachent ce qu'est la "Relation Médicamenteuse" (la relation tout court devant précéder le médicament), qu'ils sachent envoyer un suicidant au psychiatre, en débarrassant ce dernier de son halo aliéniste qui rend sa tâche si difficile. Il faut souligner à ce propos le rôle formateur qu'a sur la formation des externes, futurs médecins, d'un séjour de six mois dans un centre tel que F. Widal. Le médecin a donc un grand rôle pour détecter le suicidant, mais la difficulté vient de ce que les généralistes sont surchargés, ont peu de temps, que les psychiatres sont peu nombreux.

C'est dire l'intérêt d'organisations telles que S.O.S. Amitié (il faut signaler à ce propos que le numéro de téléphone de S.O.S Amitié est depuis quelques mois affiché dans les wagons du métro à Paris ~~comme~~ ^{comme celui des Samaritains à Londres} qui devraient être organisés sur le mode de Los Angeles : avec non seulement des volontaires et par téléphone, mais sur une plus grande échelle avec des professionnels et des centres de soins. L'idéal étant la proximité de communication permanente avec la police, l'hygiène mentale, le médecin, au sein d'un centre spécialisé.

Et on arrive ainsi à des modalités de prophylaxie mentale pure.

E - PROPHYLAXIE MENTALE PURE

Pour cela, il est très important que le problème soit ~~démystifié~~, considéré à grande échelle pour lutter contre lui. D'ailleurs l'O.M.S. vient de publier une brochure sur la Prévention du Suicide (58).

Ouvrage qui a pour but, est-il écrit dans la préface "d'appeler l'attention des autorités sanitaires nationales et locales sur l'ampleur et la nature du problème du suicide et sur les possibilités de prévention". Cette prévention peut porter (p. 10) :

-1) sur l'issue fatale de l'acte suicidaire : et il est évident que les progrès en toxicologie, la rapidité d'identification du toxique (intérêt d'un centre téléphonique antipoisons et de centres de Réanimation spécialisée) jouent un rôle important dans cette prévention, à condition qu'elle soit suivie d'une prise en charge psychiatrique ~~bien sûr~~, mais aussi psychosociale.

-2) sur la répétition des tentatives,

-3) sur la première tentative de suicide

-4) sur l'apparition du désir de suicide.

On a longuement évoqué plus haut en effet que tout sujet qui a fait une T.S. a de grandes chances de récurrence.

"Les programmes de prévention devraient donc porter en premier lieu sur ces groupes déjà connus".

Nous avons vu que la T.S. est très souvent un appel

au secours, que lorsque cet appel est entendu, intégré, suivi d'une aide efficace, on réussit à soulager beaucoup et à prévenir de nouvelles T.S. Il est donc important d'essayer de décrire le fonctionnement de Centres tels que F. WIDAL ou LYON, car on pourrait ainsi mieux se rendre compte des besoins, et obtenir une plus ample organisation. Mais, et c'est un point important pour que ces initiatives aboutissent vraiment, "il faut que le public comprenne mieux ce qu'est le suicide". "Les programmes d'éducation de la population doivent souligner à quel point les menaces et les T.S. méritent d'être prises au sérieux".

"Il faut en même tant créer des cours spéciaux pour le personnel volontaire et professionnel capable de contribuer à dépister rapidement les cas les plus menacés, à les traiter, à les orienter correctement et à les suivre!"

Enfin, l'éducation des Médecins, des agents de santé publique, des Assistantes Sociales, du clergé, de la police, etc ... est à développer.

L' O.M.S évoque également la nécessité de reconnaître et protéger des "groupes très exposés" (résultats à partir d'enquêtes épidémiologiques) : les personnes âgées, les étudiants, les sujets dépressifs, les alcooliques, certains groupes socialement isolés, et à propos de chaque groupe, en fonction des mobiles observés, on peut déduire des mesures préventives pour parer à ces mobiles, et faire ainsi que des groupes deviennent moins exposés (p. 17 à 22 , même brochure).

Enfin, il est important que le public comprenne le sens d'une telle action de prévention du suicide.

"Il est donc nécessaire d'instruire la population de tout ce qui touche au suicide, et du genre de services auxquels elle peut recourir".

Les journaux abordent d'ailleurs de plus en plus ce problème.

Le problème devient un problème de santé publique.

Les services de santé publique sont le mieux placés pour recueillir les données statistiques, épidémiologiques concernant le suicide, pour collecter les observations des gens travaillant dans certains centres, on amenés à prendre en charge des suicidants.

C'est ainsi qu'en France, il est intéressant de signaler que le Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale a insitué depuis Mars 1970 une commission d'études sur ce problème.

Commission réunissant des médecins, des psychiatres, des chefs de service de secours d'urgences, des toxicologues, et qui a abouti à la publication d'un rapport sur un projet d'organisation de prévention du suicide, avec des moyens simples et efficaces. Notamment une des réalisations pratiques est le projet de création "d'un réseau de locaux(s'inspirant sur l'organisation de S.O.S Amitié) locaux bien signalés, équipés d'un téléphone, fonctionnant de façon presque permanente, 18 heures par jour en semaine et 24

heures les dimanches et fêtes. Il devrait en être prévu un par arrondissement à Paris, et un dans chaque campus ou grand lycée" ceci en respectant l'anonymat, dans un but de facilitation. Enfin, il est évoqué l'intérêt de la création de chaires d'Hygiène Mentale ayant entre autres pour fonction d'évaluer plus strictement le nombre de suicides en France.

Les renseignements sont extraits d'un article de Noël DAYON dans l'aurore du 2.2.71. Ce même jour, plusieurs quotidiens publiaient également plusieurs colonnes sur ce sujet (notamment Le Monde, France Soir).

Il faut insister sur l'importance de ce fait ; un journal portera la connaissance du public, des "mass média" une telle initiative. Il faut signaler d'ailleurs que "suicide et mass média" est le thème de la Réunion du 24 Avril 1971 à F. WIDAL, du groupement d'étude et de prévention du suicide. Les journaux en parlent de plus en plus, avec le pouvoir que prend un "gros titre" pour attirer l'attention.

L'article suscité s'intitulait : "Le suicide tue plus que les accidents de voiture."

L'Information du public est commencée, et c'est ce qui, on l'a vu, conditionne l'efficacité des moyens d'action.

CONCLUSION S

CONCLUSIONS

A partir d'une expérience vécue pendant un an, en tant qu'Interne à l'Unité Psychiatrique du Centre de Pathologie Toxique du Professeur Gaultier, Hôpital Fernand Widal (Paris), nous avons essayé d'apporter une contribution à la description du fonctionnement d'un tel Centre, ceci dans l'optique de déterminer quelle peut être l'action d'une telle Unité Psychiatrique et, à partir des besoins ressentis, quels sont les progrès à faire.

Dans la mesure où on sait maintenant que la majorité des tentatives de suicide recouvre plus un appel au secours (surtout dans le cas d'ingestion de toxique) qu'un désir réel d'auto-destruction, il devient particulièrement important d'écouter ce rescapé suicidaire que les techniques actuelles de réanimation sauvent plus qu'avant, et de ne pas le faire sortir dans un état psychologique identique.

Une meilleure compréhension de la période présuicidaire, possible à partir de l'étude à grande échelle dans de tels Centres, permet de mieux déterminer les facteurs du suicide, et d'aboutir à une meilleure organisation de la Prévention en général.

Au niveau même du reccapé suicidaire, il apparaît un fait très important : c'est l'institution elle-même qui permet que l'action thérapeutique de l'équipe soignante psychiatrique soit efficace. Nous avons souligné l'ampleur du problème, au niveau des Hôpitaux Généraux, qui reçoivent la majorité des Tentatives de Suicide, et où une telle action n'est pas possible.

Les fonctions de cette équipe sont multiples, et ne prennent leur sens que parce que c'est une "équipe" soignante et agissant dans une Unité Psychiatrique, couplée avec le service de Réanimation et pourtant indépendante de celui-ci.

Nous avons ainsi évoqué successivement une fonction psychothérapique de réveil. Une fonction d'orientation, à partir de l'appréciation diagnostique et pronostique du suicidant et de son environnement, ceci dans le but d'apporter l'aide la plus efficace possible, tant psychiatrique que sociale, adaptée à chaque cas.

Et nous avons vu à ce sujet l'importance de s'assurer de la continuité de la prise en charge à la sortie, l'importance à Paris d'utiliser le secteur, mais aussi les difficultés : notamment la rareté des possibilités psychiatriques de prise en charge immédiate. Fernand Vidal reste, malgré l'intérêt pour certains patients d'un long séjour, un service d'Urgences, et la nécessité de libérer des lits pour les Comas réveillés oblige à une prise en charge ailleurs dans la majorité des cas : les possibilités de placement sont notamment très difficiles pour les adolescents, et pour les cas relevant de solutions intermédiaires

entre l'Hôpital Psychiatrique et la Maison de repos.

Nous avons évoqué aussi une fonction thérapeutique, chimiothérapique et psychothérapique, dont le but essentiel est d'éviter la solution de facilité, aliénante, que serait le transfert pour tous les cas, en Psychiatrie, et de démystifier le "Tabou Suicide" ceci tant aux yeux du sujet que de son entourage.

Les entretiens avec les familles sont un point essentiel de notre action, et prennent une place de plus en plus grande.

Cette action est possible du fait de l'Institution elle-même, et l'Institutionnalisation progressive de ce service d'Urgences et à souligner . Interviennent : la création d'une certaine "ambiance", d'un climat de compréhension, où tous les membres de l'équipe ont leur importance , le fait que c'est une salle grouvant des suicidants, et nous avons souligné l'importance des échanges et communications à l'intérieur de l'équipe, pour que puisse progresser cette fonction institutionnelle, et qu'elle puisse avoir un rôle progressivement formateur sur un personnel soignant non formé au départ.

C'est également à partir des réunions de l'équipe que se précisent les besoins, et les progrès à faire, les points importants sur un plan plus général de prévention.

Enfin c'est parce qu'il s'agit d'un Centre Spécialisé, recevant de nombreuses tentatives de Suicide, qu'il contribue à la Recherche en Suicidologie, et une meilleure approche statistique devrait être faite, car c'est à partir de l'étude épidémiologique

faite dans de tels Centres, que peuvent peu à peu se coordonner les enquêtes diverses des différents groupes ayant des contacts avec les suicidants, et ceci tant à un échelon national qu'international.

Au total : on arrive ainsi à la notion de prévention du suicide, et de prophylaxie mentale pure.

Il faut démystifier le problème du suicide pour pouvoir lutter contre lui. Actuellement l'ampleur du problème commence à être prise en considération. Des groupements divers se créent, à un échelon international, (dont en France : le groupement français d'étude et de Prévention du Suicide), et se réunissent régulièrement, la prochaine réunion étant le 24 Avril 72 sur le thème de "suicide et Mass média".

Le problème devient un problème de santé Publique, visant à aboutir à des mesures efficaces de prévention du suicide.

Vu le Doyen

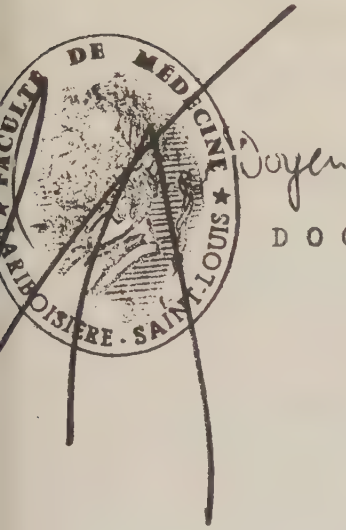
Vu le Prés-thèse

19-4-1971

FACULTE DE MEDECINE PARIS - L'ARBOISIERE SAINT-LOUIS

PARIS VII

Année 1971



T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

LEBOUC Catherine

née le 8 Juin 1941 à PARIS XVIème

Présentée et soutenue publiquement le

19

LE ROLE INSTITUTIONNEL

D'UNE EQUIPE PSYCHIATRIQUE AU SEIN D'UN SERVICE DE

REANIMATION RECEVANT DES INTOXICATIONS AIGUES VOLONTAIRES

VU
et PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
DE L'ACADEMIE DE PARIS

M. Mallet.

Président : Monsieur Michel GAULTIER, Professeur.

M. Gaultier

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - APPEAU. A : Médecin psychiatre et suicide (Bulletin de médecine légale et de toxicologie médicale de Lyon - Rédacteur L. ROCHE) N°5 1970.
- 2 - ATKINS R.W. : Service d'urgence psychiatrique. Implications pour le malade, le médecin, la famille, l'hôpital et la communauté - In Arch Gen psychiatrie 17 N°2 p. 176 - 182 (1967).
- 3 - BARLET. P. : thèse Lyon 1969 : La Psychiatrie au sein su service d'Urgence Médicale des Hospices civils de Lyon.
- 4 - BELLE. F., THIOT. C., RIVAILLE.C : Etude psychologique de 50 adolescents suicidaires Réo-neuropsych - infantile 18 (3) p. 239 - 248. 1970.
- 5 - CRESSARD. P : thèse Orléans 1970 : Motivations de la Tentative d'autolyse - A propos de 230 malades admis en C.H.R. d'Orléans.
- 6 - CROCQ. L : Problèmes psychologiques et éthiques posés au Médecin par les conduites suicidaires (XIII colloque international de psychologie Médicale : "Le Médecin face à la mort" - Lyon avril 1970).
- 7 - DENIKER. P : Traitement des états dépressifs. Revue du praticien T. XIII 1963 N°25.

- 8 - DESHAIES. G : Psychologie du suicide P.U.F 1947.
- 9 - DES LAURIERS. A : Le risque de suicide chez les déprimés.
Revue du praticien 1963 T.XIII N°25.
- 10 - DUCHE. D.J. : Tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Entretiens de Bichat 1964.
- 10bis - DURCKEIM. E : Le suicide P.U.F. Nouvelle Edition 1960.
- 11 - EY. H : Le suicide pathologique.
Etude N°14 ou Etudes psychiâtrique T.II p. 347.
- 12 - EY. H, BERNARD. P, BRISSET Ch : Les états dépressifs. Manuel de psychiâtrie -Masson 1967.
- 13 - FARROUX. C, FURON. D : Etude clinique d'un psychotrope : le Sulpiride, dans une population de suicidants non psychotiques - (Lille -service de réanimation respiratoire de l'Hôpital Albert CALMETTE).
Semaine des Hôpitaux Paris 1970 - 46 - N°29.
- 14 - FREUD. S : Le **M**oi et les mécanismes de défense P.U.F.
Paris 1964.
- 15 - GASCAR.P? LAPOUGE. G : "Pourquoi vouloir mourir à 17ans ?"
Article Figaro Littéraire 28 février 1970.
- 16 - GALLOT. M, SOUBRIER. J.P. : Les suicides et l'infirmier psychiâtrique A.M.L. Janvier 1965 p. 72.

- 17 - GAULTIER. M., FOURNIER. E., GORCEIX. A., ZIMBACCA. N :
Etude Clinique et statistique d'un groupe de mineurs
suicidants.
La semaine des Hôpitaux de Paris, 39ème année, N°50 1963.

- 18 - GORCEIX.A., SOUBRIER. J.P., : L'empoisonnement volontaire du
jeune, prévention d'une conduite ou surveillance d'une
personnalité IIIème congrès pour la prévention du
suicide.Bâle Septembre 1965.

- 19 - GORCEIX. A., ZIMBACCA. N : Etudes sur les suicides. Le
Médecin et le psychologue devant le suicidant rescapé
- Masson - Paris 1968.

- 20 - GOUREVITCH. M., KOUPERNIK. C., SOUBRIER. J.P., :
vers une suicidologie
Conc. Méd.91 (15) 3051 - 3060 , 1969.

- 21 - HAIM. A : Les suicides d'adolescents - Payot 1969.

- 22 - LAB. P : (Clinique Dupré à Sceaux) : Prévention du
suicide chez les jeunes atteint de Maladies Mentales.
Bâle 1965 prêt. 3ème congrés suicide.

- 23 - LAMBLING, CACHARD, LE QUINTREC, DE VERBIZIER :
L'antenne psychiatrique à l'hôpital général.
In Presse Médicale 74 - N°46 p. 2385 (1966).

- 24 - LAPLANCHE ET POUTALIS :
Vocabulaire de la psychanalyse - P.UF.1967.

- 25 - LAUNAY. C, COL. Ch : Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Revue du praticien T.XIX N°6 - 1964 P. 619 - 626.
- 26 - LEMPERIERE Th, DES LAURIERS. A : Le risque de suicide dans les psychoses.
Revue du Praticien Tome XII N°31 1962 p. 3253 - 3261.
- 27 - LITMAN Robert. E, M.D : Suicide : a clinical manifestation of Acting out.
From Acting out, Théorical and clinical Aspects
Copyright Grune et Stratton, Inc, 1965.
- 28 - LOVE Leonore R : Communication of Messages in the family of suicidal individuals (University of California - Los Angeles Institut de Psychologie - Congrès des Psychologues de Californie - San Francisco Février 1966
- 29 - MALE. P : Psychothérapie de l'adolescent.
P.U.F. Paris 1964.
- 30 - MALHERBE. J ; Suicides et responsabilité Médicale dans les hôpitaux Psychiâtriques et Maisons de santé.
Bulletin de Médecine légale et de Toxicologie Médicale Lyon (L. Roche) N°5 - 1970.

- 31 - MENDEL. G : Fatigue, dépression nerveuse et suicides inconscients.
Revue Médicale psychosomatique et psychologique N°9
(2) 1967.
- 32 - M'UZAN (Ar. de) : Acting out "direct" et acting out "indirect".
Revue Française de psychanalyse : Acting out XXVIIIème congrès des psychanalystes de Langues Romanes - 1968 N°5.
- 33 - HACULT. S : Le masochisme - Payot 1965.
- 34 - (RICHARD)-PERSEIL A : Etude statistique et épidémiologique sur un an de 630 suicidants pris en charge après leur intoxication volontaire grave à l'Unité de Psychiatrie de la Clinique Toxicologique de l'Hôpital Fernand-Widal.
Thèse (Imprimerie Foulon, 29, rue Deparcieux PARIS) 1970.
- 35 - PICHOT. P : La nosologie des états dépressifs. Bases étiologiques.
Acta psychosomatica - Documenta Geigy 1968.
- 36 - POROT. M. COLL : Le suicide des adolescents (Note préliminaire) - Revue neuro-psychiatrique infantile (9) p. 647
650 1965.
- 37 - QUIDU Marguerite : Le suicide - Etude clinique, perspectives préventives (Ed. Sociales Françaises - 1970).

- 38 - QUIDU. M : Séméiologie de la conduite suicidaire.
Encyclop -Med-Chir : Psychiâtrie Tome I 37 140.- G 10. .
- 39 - RACAMIER. P ; DIATKINE. R, LEOVICI, PAUMELLE. P :
Le Psychanalyste sans divan - Payot 1970.
- 40 - RACAMIER. P : Etats Dépressifs.
Encyclop - Méd - Chir Tome I Psychiâtrie 37 110 A 10. 1956.
- 41 - RACLOT. M : Asthénie et dépressions
Encyclop - Méd - Chir - Tome I Psychiâtrie 37 110 A10.
- 42 - RINGEL Edwin (Vienne) : Les principes de la prophylaxie du suicide.
Congrès international Bâle 1965 pour la prévention du suicide -(Documenta Geigy),
- 43 - ROCHE. L : Activités du centre Antipoisons à Lyon en 1969.
Bulletin de Médecine légale et Toxicologie Médicale
(Lyon) N) Mars Avril 1970 p. 63 à 107.
- 44 - ROSENBAUM Milton and Joseph RICHMAN :
Suicide : The rôle of hospitality and death wishes from
the Family and significant others.
Amer -J. Psychiat 126 - 11 Mai 1970.

- 45 - RONART. J : Agir et processus psychanalytique.
Revue Française de Psychanalyse N°5 1968.
- 46 - SOUBRIER. J.P : Thèse Paris 1965
Aspects psychiâtriques de l'intoxication aiguë volontaire
(à propos d'un groupe d'adultes de sexe masculin)
Hôpital F. WIDAL.
- 47 - SOUBRIER. J.P : la prévention de la récidence suicidaire à
partir de l'institution spécialisée.
In Suicidology, PROCEEDINGS of the 3rd International Congress
of Social psychiatry ZAGREB Sept. 1970, Edit. ANALI Bolince
ZAGREB VolX, supplement 27, page 143-148, 1971.
- 48 - SOUBRIER. J.P : Un centre de prévention du suicide, cela
existe-t-il ? Entretiens de Bichat 1969, Volume thérapeutique
p.220-221, l'Expansion Scientifique Française PARIS.
- 49 - SOUBRIER. J.P : Etude sur des problèmes psychiâtriques d'un
service de toxicologie clinique. 1970 - Congrès Latino-Américain
de toxicologie Clinique de BOGOTA. Publié dans la semana
Medica (ARGENTINA) Octobre 19 - 1970, tome 137, N° 33, PP. 1163 e
et 1164.
- 49bis SOUBRIER. J.P : La Prévention du Suicide
ni mythe, ni Tabou mais avenir et réalité IN SANDORAMA Mai 1971
- 50 - Pr STENGEL Erwin ; University of Sheffield (Angleterre)
Nouvelles tendances de la recherche sur le suicide.
Documenta Geigy ; Congrès international pour la prévention
du suicide - Bâle 1965.

- 51 - THOMAS. J : L'endormissement chez le sujet normal
et chez les malades psychiâtriques.
Encéphale N°4 - 1967 p. 320 - 342.
- 52 - THOMAS. J : Aspects psychiâtriques de l'endormissement.
Mémoire dactylographié 113p - Paris 1966.
- 53 - UZEL. M : Les suicides en milieu hospitalier.
(Bulletin de Médecine légale et toxicologie Médicale -
Lyon N°5 1970).
- 54 - VEDRINNE. J : L'intoxication aiguë volontaire - Masson -
1965.
- 55 - VEDRINNE. J, SCUBRIER. J.P : Suicidants, centre de
prévention du suicide "suicidologie".
Journé Européen de Toxicologie - Janvier 1969.
- 56 - VIGY : Syndrôme présuicidaire.
Première réunion de la section parisienne du groupement
français d'étude et de prévention du suicide.
- 57 - ZIMBACCA. N, GORCEIX. A, LEJEUNE. M :
Etude psychométrique de la population précédente.

Semaine des Hôpitaux de Paris N°50 - p. 2384 - 2391.

brochure

58 - O.M.S. Cahiers de Santé Publique 1969

La prévention du suicide -

•
• •

